



**You have downloaded a document from
RE-BUS
repository of the University of Silesia in Katowice**

Title: Funkcjonowanie w sferze ekonomicznej chorujących na schizofrenię

Author: Stanisław Seidel

Citation style: Seidel Stanisław. (2019). Funkcjonowanie w sferze ekonomicznej chorujących na schizofrenię. Praca doktorska. Katowice : Uniwersytet Śląski

© Korzystanie z tego materiału jest możliwe zgodnie z właściwymi przepisami o dozwolonym użytku lub o innych wyjątkach przewidzianych w przepisach prawa, a korzystanie w szerszym zakresie wymaga uzyskania zgody uprawnionego.



UNIWERSYTET ŚLĄSKI
W KATOWICACH



Biblioteka
Uniwersytetu Śląskiego



Ministerstwo Nauki
i Szkolnictwa Wyższego

UNIwersytet Śląski w Katowicach
Wydział Pedagogiki i Psychologii

STANISŁAW SEIDEL
NR ALBUMU: 7254

*Funkcjonowanie w sferze ekonomicznej chorujących na
schizofrenię*

Rozprawa doktorska

Opiekun naukowy
dr hab. Małgorzata Górnik – Durose

Opiekun pomocniczy
dr Ewa Wojtyna

Katowice, 2019

Spis treści

WPROWADZENIE	5
ROZDZIAŁ 1. SYMPTOMY I ETIOLOGIA SCHIZOFRENII	7
1.1. OBJAWY SCHIZOFRENII	7
1.1.1. Urojenia	7
1.1.2. Halucynacje	9
1.1.3. Objawy negatywne	10
1.1.4. Zdezorganizowane myślenie (mowa) i zachowanie	11
1.2. ETIOLOGIA SCHIZOFRENII – MODEL NANCY ANDREASEN	12
1.2.1. Zbieżność pierwotnych czynników kształtujących predyspozycje do rozwoju schizofrenii oraz patofizjologia rozwoju mózgu	14
1.2.2. Zaburzenia anatomiczne i funkcjonalne mózgu	16
1.2.2.1. Zaburzenia anatomiczne mózgu	16
1.2.2.2. Zaburzenia funkcjonalne mózgu	19
1.2.3. Zaburzenia procesów poznawczych	20
1.2.3.1. Zaburzenia pamięci operacyjnej	21
1.2.3.2. Zaburzenia uwagi	24
1.2.3.3. Zaburzenia funkcji wykonawczych	25
1.3. UKŁAD NAGRODY W SCHIZOFRENII	27
ROZDZIAŁ 2. FUNKCJONOWANIE W CODZIENNYM ŻYCIU OSÓB CHORUJĄCYCH NA SCHIZOFRENIĘ	30
2.1. FUNKCJONOWANIE ZAWODOWE	30
2.2. FUNKCJONOWANIE SPOŁECZNE	31
2.3. FUNKCJONOWANIE EKONOMICZNE W SCHIZOFRENII	33
2.3.1. Źródła utrzymania, dysponowanie zasobami materialnymi	33
2.3.2. Podejmowanie decyzji konsumenckich i kompetencje finansowe	35
2.3.3. Charakterystyki funkcjonowania finansowego	38
2.3.4. Postawy wobec zachowań finansowych oraz rozumienie koncepcji pieniądza	41
ROZDZIAŁ 3. ODDZIAŁYWANIA TERAPEUTYCZNE W SCHIZOFRENII	44
3.1. SPOSOBY LECZENIA SCHIZOFRENII	44
3.2. SKUTECZNOŚĆ ODDZIAŁYWAŃ TERAPEUTYCZNYCH	46
3.3. LECZENIE ŚRODOWISKOWE W POLSCE	48
ROZDZIAŁ 4. PROBLEM I METODOLOGIA BADAŃ WŁASNYCH	50
4.1. PROBLEM I CELE BADAŃ	50
4.2. MODEL ZALEŻNOŚCI MIĘDZY ZMIENNYMI	51
4.3. PYTANIA I HIPOTEZY BADAWCZE	52
4.3.1. Blok I – Opis funkcjonowania osób chorych na schizofrenię w sferze ekonomicznej w porównaniu z funkcjonowaniem ekonomicznym osób zdrowych o zbliżonym poziomie dochodów	53
4.3.2. Blok II – Analiza uwarunkowań i zależności	57
4.4. ZMIENNE I ICH OPERACJONALIZACJA	60
SKALA OCENY ILOŚCIOWEJ CIĘŻKOŚCI OBJAWÓW PSYCHOZY DLA KLINICYSTÓW (CRDP)	60
4.5. NARZĘDZIA BADAWCZE	62
4.5.1. Wywiad ustrukturalizowany	62
4.5.2. Skala oceny ilościowej ciężkości objawów psychozy dla klinicystów (Clinician – Rated Dimensions of Psychosis)	62
4.5.3. Test Łączenia Punktów (TMT)	63
4.5.4. Zadanie polegające na powtarzaniu cyfr wprost i wopak	64
4.5.5. Test d2 – Test badania uwagi	64
4.5.6. "Sklep"	64
4.5.7. Zadania dotyczące prostych umiejętności finansowych	65
4.5.8. Badanie postaw wobec zachowań finansowych i charakterystyk funkcjonowania finansowego	

4.6. PRÓBA BADAWCZA I PROCEDURA BADAWCZA	66
ROZDZIAŁ 5. WYNIKI BADAŃ WŁASNYCH	69
5.1. CHARAKTERYSTYKA PRÓBY BADAWCZEJ POD WZGLĘDEM DANYCH SOCJODEMOGRAFICZNYCH I ZWIĄZANYCH Z HISTORIĄ LECZENIA PSYCHIATRYCZNEGO	69
5.1.1. Dane socjodemograficzne	69
5.1.2. Dane związane ze stanem zdrowia somatycznego i historią leczenia psychiatrycznego	70
5.1.3. Stosowanie używek	70
5.1.4. Sytuacja materialna i rodzinna	71
5.2. OBJAWY CHOROBY I DYSFUNKCJE POZNAWCZE	73
5.2.1. Objawy schizofrenii	73
5.2.2. Funkcjonowanie poznawcze	75
5.2.2.1. Pamięć operacyjna werbalna	75
5.2.2.2. Pamięć operacyjna wzrokowo-przestrzenna	75
5.2.2.3. Uwaga wizualna	76
5.2.2.4. Hamowanie reakcji automatycznych	77
5.3. FUNKCJONOWANIE EKONOMICZNE	78
5.3.1. Zakres aktywności ekonomicznej	78
5.3.2. Kompetencje finansowe	80
5.3.2.1. Rozumienie koncepcji pieniądza	80
5.3.2.2. Rozumienie wartości pieniądza	81
5.3.2.3. Sprawność rachunkowa	82
5.3.2.4. Postawy wobec różnorodnych zachowań finansowych	83
5.3.3. Charakterystyki funkcjonowania finansowego	84
5.3.4. Wiedza o potrzebach gospodarstwa domowego	85
5.3.5. Zachowania zakupowe	86
5.3.5.1. Wybieranie produktów pożądaných	86
5.3.5.2. Umiejętność korzystania z listy zakupów	91
5.3.5.3. Korzystanie z ograniczonego budżetu i szacowanie kwoty na zakupy	95
5.4. ODPOWIEDZI NA PYTANIA BADAWCZE I WERYFIKACJA HIPOTEZ BADAWCZYCH	96
5.4.1. Blok I – Opis funkcjonowania osób chorych na schizofrenię w sferze ekonomicznej w porównaniu z funkcjonowaniem ekonomicznym osób zdrowych o zbliżonym poziomie dochodów	96
5.4.2. Blok II – Analiza uwarunkowań i zależności	106
ROZDZIAŁ 6. DYSKUSJA WYNIKÓW	119
6.1. WARUNKI MATERIALNE OSÓB CHORUJĄCYCH NA SCHIZOFRENIĘ	120
6.2. SAMODZIELNOŚĆ I KOMPETENCJE FINANSOWE OSÓB CHORUJĄCYCH NA SCHIZOFRENIĘ	121
6.3. IMPULSYWNOŚĆ W FUNKCJONOWANIU EKONOMICZNYM WŚRÓD OSÓB CHORUJĄCYCH NA SCHIZOFRENIĘ	124
6.4. OGRANICZENIA I MOCNE STRONY ROZPRAWY	127
ROZDZIAŁ 7. WNIOSKI APLIKACYJNE	130
PODSUMOWANIE	135
BIBLIOGRAFIA	136
SPIS TABEL, WYKRESÓW I RYCIN	154
OBJAŚNIENIE SKRÓTÓW	157
STRESZCZENIE	158
SUMMARY	160
ANEKS	162

Wprowadzenie

Schizofrenia jest poważną chorobą psychiczną, która dotyka przeciętnie co setną osobę (np. Ayano, 2016). Coraz częściej chorują na nią osoby młode. Obserwowane są również przypadki zachorowań u dzieci (Rajewska-Rager, Rajewski, 2010). w porównaniu do liczby rozpoznań z lat siedemdziesiątych XX wieku, w ostatnich latach obserwuje się wzrost liczby rozpoznań schizofrenii o wczesnym początku (Okkels, Vernal, Jensen, McGrath i Nielsen, 2013). Rozpowszechnienie choroby jest jednak zmienne w zależności od kręgu kulturowego i miejsca zamieszkania (McGrath i in., 2008). Częściej cierpią na nią osoby żyjące w krajach rozwiniętych. Największe ryzyko zachorowania dotyczy młodych mężczyzn – od późnej adolescencji do początków czwartej dekady życia (Ayano, 2016).

Schizofrenia niesie za sobą poważne konsekwencje, zarówno dla osób chorujących, jak i dla społeczeństwa. z powodu tej choroby rentę otrzymało w 2014 roku 58% chorujących. Państwo wydało na ten cel ok. 907 mln złotych. Schizofrenia była tym samym czwartą „najbardziej kosztowną” chorobą dla Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Ponadto wydano w 2009 roku ok. 460 mln PLN na leczenie pacjentów w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia (Kiejna, Piotrowski, Adamowski, 2014). w kolejnych latach koszty opieki zdrowotnej w tej grupie wzrastały i wynosiły: ok. 485 mln PLN (2010), ok. 507 mln PLN (2011), ok. 536 mln PLN (2012), ok. 547 mln PLN (2013) i ok. 557 mln PLN (2014). Tymczasem liczba pacjentów korzystających z leczenia utrzymywała się na podobnym poziomie (ok. 180 tys. - 190 tys.) (Gałązka-Sobotka i in., 2015).

Schizofrenia, oprócz wymiernych kosztów ekonomiczno-społecznych, wiąże się przede wszystkim z cierpieniem osób, które chorują. Dotyczy to zmagania się na co dzień z objawami (urojenia, halucynacje, objawy negatywne, dezorganizacja zachowania i myślenia), jak również z zaburzeniami funkcjonowania poznawczego, społecznego i zawodowego. Osoby chorujące żyją często w ubóstwie i pozbawione są umiejętności i szans na to, by poprawić swoją sytuację życiową. Polskie badania Kurpasa, Pochwały, Seń, Wróblewskiej i Mroczka (2014) wskazują na to, że w pracę podejmuje zaledwie 19% osób chorujących na schizofrenię. Reszta utrzymuje się z zasiłków i renty. System przyznawania rent w Polsce zakłada konieczność spełnienia pewnych kryteriów. Ich wysokość jest zależna od czasu opłacania składek społecznych przed rozpoczęciem choroby. Wyjątkiem są osoby, których choroba zaczęła się przed ukończeniem

osiemnastego roku życia (Dz. U. 1998 Nr 162 poz. 1118). Najczęściej o niezdolności do pracy w związku ze schizofrenią orzeka się wśród ludzi młodych (20-39 rok życia) (Gałązka-Sobotka i in., 2015). Są to zatem osoby pełnoletnie, ale jeszcze przed możliwością przepracowania co najmniej kilku lat na rynku zawodowym.

Od pewnego czasu w Polsce coraz większą popularnością cieszą się Zakłady Pracy Chronionej (ZPCh), co wiąże się z powstawaniem specjalnych miejsc pracy dla osób niepełnosprawnych, w tym chorujących na schizofrenię. Oznacza to możliwość uzyskania dodatkowych dochodów, zwykle o równowartości najniższej krajowej pensji (<http://www.zpchr.pl/>; dostęp w dniu 22.04.2019). Pracując na pełny etat (2250 zł miesięcznie brutto, 1634 zł miesięczne netto) i otrzymując średnią rentę, osoba chorująca na schizofrenię może liczyć na dochód w wysokości około 2300 złotych¹. w rzeczywistości jest to jednak zwykle nierealne. Rentę uzyskuje średnio co trzecia osoba chorująca. Większość osób chorujących na schizofrenię nie pracuje, a gdy uda się im zdobyć pracę, rzadko jest ona pełnoetatowa (Kiejna, Piotrowski, Adamowski, 2014). Dochody mogą być zatem znacznie zróżnicowane, zwykle niższe niż najniższa krajowa pensja. Wysokość uzyskiwanych dochodów przez chorujących na schizofrenię Polaków nie została jeszcze zbadana i wymaga potwierdzenia empirycznego, które - oprócz podejmowanej pracy oraz uzyskiwanych świadczeń społecznych - uwzględni również inne możliwe źródła finansowe, np. pozostawanie na utrzymaniu najbliższych.

Niniejsza rozprawa podnosi zatem temat o dużym znaczeniu systemowym i jednostkowym. Osoby chorujące zmagają się na co dzień z licznymi trudnościami. Doznają objawów chorobowych, które doprowadzają do znacznej utraty poczucia rzeczywistości. z uwagi na zmiany w obrębie centralnego układu nerwowego doświadczają zaburzeń funkcjonowania poznawczego. Czynniki te prowadzą do ograniczenia możliwości zawodowych oraz społecznych chorujących. Pomimo bardzo dużej liczby przeprowadzonych badań na temat schizofrenii, wciąż nie sprawdzono tego, jak osoby chorujące funkcjonują w sferze ekonomicznej. Biorąc pod uwagę niskie dochody osób chorujących, ich słabe umiejętności społeczne, trudności w odraczaniu gratyfikacji można uznać, iż jest to temat o szczególnej wadze. Dlatego też, jednym z głównych celów tej pracy – obok celu poznawczego – jest przełożenie uzyskanych wyników na wnioski aplikacyjne, które pozwolą poprawić jakość życia chorych na schizofrenię.

¹ Wyliczenia własne autora.

Rozdział 1. Symptomy i etiologia schizofrenii

1.1. Objawy schizofrenii

Schizofrenia jest chorobą psychiczną, która utrudnia lub uniemożliwia funkcjonowanie w wielu podstawowych zakresach życia. Pacjenci doświadczają objawów, które wskazują na skrajne oderwanie ich od otaczającej rzeczywistości. z drugiej strony cierpią z uwagi na znaczne zaburzenia procesów poznawczych. Choroba ta wiąże się zwykle z wieloletnim leczeniem (zazwyczaj do końca życia). Niestety, osoby na nią cierpiące umierają przedwcześnie w związku ze współwystępującymi zaburzeniami somatycznymi oraz popełnianymi samobójstwami. Tendencje suicydalne są mocno nasilone w grupie pacjentów ze schizofrenią, co wiąże się zwykle ze skrajnym cierpieniem i niemożnością poradzenia sobie z chorobą (Piotrowski i in., 2017). Problemy te dotyczą dużej grupy osób. Jak napisano wcześniej, na schizofrenię choruje 1% światowej populacji, czyli ok. 76 milionów ludzi (ok. dwa razy więcej niż liczba mieszkańców Polski). Historia każdego z chorujących jest indywidualna i różni się od pozostałych – nawet wówczas, gdy pojawiają się u nich te same objawy. Między innymi z tego powodu niektórzy autorzy (Seligman, Rosenhan, Walker, 2003) pisząc o tej chorobie używają do jej opisu liczby mnogiej (*schizofrenie*).

Obecnie, zgodnie z DSM-5 (APA, 2013), by zdiagnozować schizofrenię, wymagane jest występowanie przez miesiąc co najmniej dwóch z następujących objawów: urojenia, omamy, zdezorganizowane myślenie (mowa), dziwaczne lub katatoniczne zachowania, objawy negatywne. w DSM-5 podkreśla się również, że choroba powoduje zaburzenia funkcjonowania w zakresie ważnych życiowych aktywności, np. pracy, relacji interpersonalnych, dbania o siebie.

1.1.1 Urojenia

Urojenia to błędne przekonania, które pozostają odporne na argumentację nawet wówczas, gdy pojawiają się oczywiste dowody wskazujące na ich fałszywość (np. Beck i in., 2010; Cierpiałkowska, 2012). w DSM-5 zwraca się uwagę na to, że urojenia są zwykle uważane za dziwaczne, nieprzekonywujące i niezrozumiałe dla innych osób z tego samego kręgu kulturowego. Mogą również pojawiać się takie objawy jak zabieranie myśli, nasyłanie myśli, urojenia bycia kontrolowanym przez siły zewnętrzne (APA, 2013).

Urojenia mają silne podłoże poznawcze (a właściwie – neuropoznawcze) i emocjonalne. Mogą być stosunkowo elastyczne, "dostosowują się" do nowych doświadczeń życiowych osoby chorującej, powodując silne cierpienie. Autorzy wskazujący na neurobiologiczne podłoże urojeń (np. Corlett i in., 2010 ; Fuchs, 2015; Lysaker i Hamm, 2015) zauważają również trudności w codziennym funkcjonowaniu osób cierpiących na schizofrenię – np. w zakresie budowania satysfakcjonujących relacji interpersonalnych. Zwracają uwagę, że obniżenie samooceny jest także predyktorem pojawiania się wzmożonych objawów pozytywnych (urojeń i omamów). Te z kolei wywołują silny (choć często niedostrzegany przez otoczenie) stres, który na zasadzie mechanizmu błędnego koła wzmacnia pierwotne urojenia.

Podłożem urojeń są dysfunkcjonalne przekonania podlegające tendencyjnemu myśleniu, osłabione testowanie rzeczywistości, zachowania podtrzymujące poczucie bezpieczeństwa², wybieranie informacji zgodnych z urojeniem, interpretowanie urojeniowe (Beck i in., 2010). Urojenia mają pewną tendencję do "dopasowywania się do sytuacji", w których znajduje się osoba ich doświadczająca.

Urojenia cechuje wyraźne oderwanie się od rzeczywistości. w chorobie osłabiona zostaje umiejętność oszacowywania realności i prawdziwości zdarzeń (orientacja *anything-goes*³). Jest to związane z siecią aktywności bazowej (ang. *default-mode network, DMN*). Sieć ta obejmuje przyśrodkową część kory przedczołowej, zakręt

obręczy a także dolną część kory ciemieniowej w lewej i prawej półkuli. DMN jest aktywowana, gdy u chorego dochodzi do wycofania z codziennej aktywności, działań praktycznych na rzecz odnoszenia wydarzeń do samego siebie, wspomnień autobiograficznych, "wędrowania umysłu". DMN zwykle hamuje procesy uwagi i funkcji wykonawczych, co może z kolei skutkować przecenianiem znaczenia anormalnych sytuacji i wycofaniem z działań ukierunkowanych na konkretny cel. Ponadto osłabiona zostaje orientacja na świat zewnętrzny, wybieranie aktywności priorytetowych. Wzmaga się wówczas introwersja i oderwanie od rzeczywistości (Sass, Byrom, 2015).

2 Sformułowanie "podtrzymywanie poczucia bezpieczeństwa" może być mylące, gdyż dotyczy sytuacji, w której osoba chorująca mniej lub bardziej świadomie poszukuje potwierdzenia swoich urojeń, by chronić się przed dysonansem poznawczym. Prowadzi to zatem bardziej do poczucia "niebezpieczeństwa", gdyż urojenia są potwierdzane.

3 Ang. "wszystko przechodzi" (tłum. własne). Oznacza to, że przetwarzane informacje nie podlegają ocenie w kontekście realności i prawdziwości przekonań.

1.1.2. Halucynacje

Halucynacje, wg DSM-5, są doświadczeniami podobnymi do percepcyjnych i pojawiają się bez zaistnienia zewnętrznego bodźca, który mógłby je wywołać. Są żywe i wyraźne, na doświadczające je osoby wpływają z pełną siłą i mocą. Nie podlegają kontroli (APA, 2013). Omamy dotyczą wszystkich zmysłów. Podobnie jak inne objawy schizofrenii, mogą one znacznie utrudniać i zaburzać codzienne życie osób cierpiących na nie. Halucynacje często współwystępują z urojeniami i bywają z nimi powiązane tematycznie.

Badania Chaudhury'ego (2012) pokazują, że w populacji amerykańskiej (nie tylko wśród cierpiących na schizofrenię) najczęstszymi są halucynacje słuchowe (83,4%), następnie wzrokowe (57,2%), dotykowe (27,0%), węchowe (27,0%) i smakowe (14,4%). Zauważalne są pewne różnice w częstości doświadczanych objawów w populacjach amerykańskiej i hinduskiej, co może wskazywać na ich zależność od czynników społeczno-kulturowych. w DSM-5 doświadczanie halucynacji o dowolnej modalności w pewnych kontekstach (np. w czasie praktyk religijnych) nie jest uznawane jako zaburzenie (APA, 2013). Pacjenci zwykle doświadczają omamów multimodalnych (53%), a dużo rzadziej unimodalnych (27%). Osobom chorującym na schizofrenię zwykle towarzyszą omamy słuchowe (ok. 70-75% pacjentów) (McCarthy-Jones, Longden, 2015; Chaudhury, 2012; Lim i in., 2016).

Mówiąc o halucynacjach warto wspomnieć o dwóch istotnych aspektach: ich neurobiologicznym podłożu (związanym z aktywnością układu dopaminergicznego) oraz psychologicznej interpretacji (sposób myślenia o omamach). Takie ujęcie tematu pozwala rozumieć objawy chorobowe w sposób obiektywny (pojawienie się "głosów"), a także subiektywny (nadanie znaczenia przez osobę chorującą; towarzyszące emocje i uczucia) (Ratcliff, Farhall, Shawyer, 2010; Murawiec i Krzystoszek, 2010). Oznacza to, że podobnie jak w przypadku urojeń, omamy mogą ulegać interpretacji i "dopasowywać się" do sytuacji, w której osoba chorująca się znajduje.

Rozumienie halucynacji jedynie jako efektu zaburzeń neuroprzekąźnictwa jest redukcjonistyczne. Nenadic i in. (2010) wykazali istotne korelacje pomiędzy funkcjonowaniem konkretnych regionów kory mózgu (okolice skroniowe i ciemieniowe, pierwszorzędowa i drugorzędowa kora słuchowa) a nasileniem omamów słuchowych. Podobne wyniki uzyskał Modinos i in. (2014) zwracając uwagę na patologie w zakresie zakrętów Heschla. z kolei Allen i in. (2008) opisują zmiany w obrębie kory

przedmotorycznej, drugorzędowej sensorycznej, a także w obrębie mózdzku. Trudno mówić zatem o prostej zależności przyczynowo-skutkowej pomiędzy wystąpieniem w jednej konkretnej strukturze mózgowia a pojawianiem się omamów słuchowych.

Cassidy i in. (2018) wskazują, że w tworzeniu omamów istotną rolę odgrywają oczekiwania związane z jakimś zdarzeniem, które mogą prowadzić do zniekształceń poznawczych. w badaniu omamy współwystępowały z tendencją percepcyjną, która odzwierciedlała wzrost oczekiwań w warunkach niepewności. Autorzy zwracają uwagę, że oczekiwania te wzmacniane są przez nadmierną aktywację szlaków dopaminergicznych w OUN. Warto zauważyć, że aktywizacja dopaminergicznego szlaku mezolimbicznego wiąże się z działaniem układu nagrody. Może to sprzyjać rozwojowi i utrzymywaniu się halucynacji.

1.1.3. Objawy negatywne

Objawy negatywne polegają na braku lub osłabieniu emocji, woli, zainteresowań, pojawieniu się apatii i anhedonii. Często związane są z wycofaniem społecznym, ubóstwem psychomotorycznym, osłabioną codzienną aktywnością. Przy diagnostyce objawów negatywnych zwraca się uwagę na to, czy mają one charakter pierwotny, czy też wtórny (np. wynikający z depresji, leczenia farmakologicznego) (Birchwood i Jackson, 2004; Prakash i Mitra, 2008). Ocenia się, że 20-40% pacjentów ze schizofrenią doświadcza objawów negatywnych (Sarkar, Hillner i Velligan, 2015).

W DSM-5 za najbardziej istotne objawy negatywne uznaje się ograniczoną ekspresję emocjonalną oraz awolicję. Ograniczona ekspresja emocjonalna widoczna jest w mało żywej mimice twarzy, prozodii, ruchach rąk i głowy. Awolicją nazywa się spadek motywacji do podejmowania samodzielnych i celowych zachowań. Ponadto w klasyfikacji wskazuje się na występowanie alogii (znaczne zubożenie mowy), anhedonii (zmniejszona zdolność do odczuwania przyjemności) i asocjalność (brak zainteresowania interakcjami społecznymi) (APA, 2013).

Objawom negatywnym towarzyszą charakterystyczne przekonania dotyczące przystosowania społecznego, przekonania na temat własnego działania, poczucie stygmatyzacji, negatywne przekonania wywołane pojawianiem się objawów pozytywnych, niskie oczekiwania dotyczące przyjemności, percepcja ograniczoności własnych zasobów (Rector, Beck i Stolar, 2005). Osoby chorujące, u których dominują objawy negatywne, spośród wszystkich pacjentów cierpiących na schizofrenię

przejawiają największe trudności w odnajdywaniu się na rynku pracy (Birchwood i Jackson, 2004).

Wbrew temu, jak prezentują się osoby z objawami negatywnymi (osłabiona mimika twarzy), posiadają one wyjątkowo wzmożoną skłonność do reakcji lękowych (Kumari i in., 2016). Pacjenci chorujący na schizofrenię z objawami depresyjnymi są bardziej wrażliwi na pojawienie się bodźca w postaci przerażającej twarzy niż osoby zdrowe. Takie wyniki mogą wskazywać na to, że pomimo nikłych zewnętrznych oznak emocjonalności, pacjenci schizofreniczni znacznie silniej odczuwają lęk.

1.1.4. Zdezorganizowane myślenie (mowa) i zachowanie

Zarówno zdezorganizowane myślenie (mowa) jak i zachowanie są w klasyfikacjach chorobowych opisywane jako oddzielne objawy. Mogą one prowadzić do całkowitego niezrozumienia osoby chorującej przez jej otoczenie, uniemożliwiając sprawne (lub ogólnie – jakiegokolwiek) codzienne funkcjonowanie. Zdezorganizowane myślenie i zachowanie jest bowiem związane zwykle z całkowitym odrealnieniem i brakiem kontaktu z rzeczywistością otaczającą pacjenta.

Yalınçeti, Akgül i Alptekin (2016) zauważają, że zaburzenia myślenia (ogólnie) są charakterystyczne dla urojeń – są one wówczas zaburzeniami treści myślenia. Zaburzenia formy myślenia dotyczą objawu opisanego w DSM-5 jako "zdezorganizowanie myślenie (mowa)". Dzielą się one na negatywne (np. alogia, ubóstwo znaczeniowe, zubożenie treści wypowiedzi) oraz pozytywne ("wykolejenia", utrata celu wypowiedzi, wypowiedzi "puste" - pozbawione sensu, neologizmy, „sałatka słowna”).

Zdezorganizowane myślenie jest zauważalne u części pacjentów cierpiących na schizofrenię poprzez ich mowę. Charakteryzuje się np. nagłymi zmianami wątków na zasadzie zbaczania z tematu ("wykolejenie" - ang. *derailment*) lub wolnych skojarzeń. Odpowiedzi mogą być jedynie luźno powiązane z zadaniem pytaniem lub też w ogóle się do niego nie odnosić. Rzadko zdarza się, by mowa była całkowicie niezrozumiała (np. "sałatka słowna"). Objaw ten wyraża się też często w postaci rymowania, gier słownych i logice, zrozumiałej jedynie dla chorującego lub też nie jest podporządkowany jakimkolwiek zasadom (Morrison, 2016). By stwierdzić występowanie zdezorganizowanego myślenia (mowy), musi ono być wyraźne i znacznie utrudniać skuteczną komunikację. Symptom ten może występować również w okresie prodromalnym lub rezydualnym choroby, jednak wówczas ma on zwykle łagodniejszy

przebieg (APA, 2013).

Beck i in. (2010) twierdzą, iż zaburzenia myślenia należy rozumieć jako reakcję wynikającą z myśli automatycznych o zdarzeniach stresogennych. Badania psycholingwistyczne wskazują na zwiększoną stymulację neuronalnych sieci semantycznych u pacjentów chorujących na schizofrenię. Wykazują oni większą wrażliwość na torowanie (*priming*) semantyczne aniżeli na fonologiczne. Bodźce o charakterze semantycznym rozprzestrzeniają się szybciej w sieciach neuronalnych i docierają w nich „dużo dalej”. Skutkuje to powstawaniem myśli (oraz wypowiedzi), które bardziej niż na zasadach logiki opierają się na skojarzeniach (Radanovic i in., 2013). Dotyczy to również występowanie dziwacznych, zdezorganizowanych zachowań.

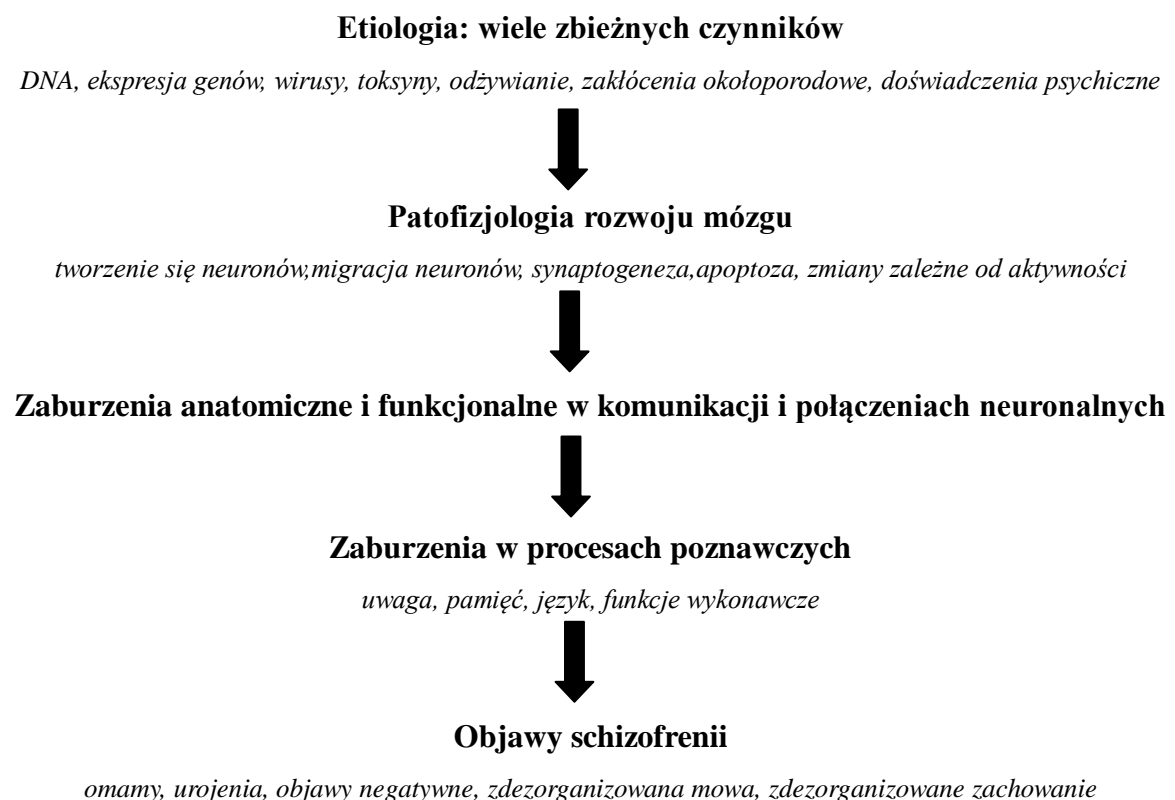
Dziwaczne zachowania lub anormalne zachowania motoryczne przejawiają się wielorako, np. w postaci zachowań infantylnych. Zachowania te wyraźnie zaburzają postępowanie wiodące do osiągnięcia jakiegoś celu – prowadzą tym samym do trudności w codziennym funkcjonowaniu. Zachowania katatoniczne opisane są jako znaczne osłabienie reakcji na bodźce ze świata zewnętrznego. Spotykane są również zachowania związane ze zwiększeniem aktywności psychomotorycznej w postaci silnego podniecenia. Możliwe jest również występowanie perseweratywności, stereotypii ruchowych, nieustannego wpatrywania się, grymasów twarzy, echolalii. Autorzy DSM–5 podkreślają, że historycznie objawy katatonii traktowane były jako silnie powiązane ze schizofrenią, jednak obecnie należy rozumieć je jako niespecyficzne dla tej choroby i występujące również w innych zaburzeniach psychicznych (APA, 2013; Tandon i in. 2013; Augustynek, 2015). Morrison (2016) zauważa jednak, że większość zachowań zdezorganizowanych w schizofrenii przybiera postać katatoniczną. Rzadko występują one jednorazowo, mają skłonność do nawracania. Należą do nich: automatyczna uległość, echolalia, echopraksja, giętkość woskowa, grymasy, katalepsja, mutyzm, negatywizm, pobudzenie (w tym stupor), stereotypie, zastyganie.

Czernikiewicz i Bibułowicz (2006) zauważają, że objawy dezorganizacji myślenia, mowy i zachowania mogą wynikać ze zmian w obrębie budowy przedczołowej kory mózgowej (zwłaszcza jej części przypodstawnej).

1.2. Etiologia schizofrenii – model Nancy Andreasen

Pomimo wielu lat badań nad podłożem schizofrenii, jest ono wciąż niejasne. w literaturze wymienia się wiele czynników, mających znaczenie w etiologii tej choroby

(por. Frith, Johnstone, 2012). Wśród różnych koncepcji do najpopularniejszych należą: model podatności i stresu oraz podejście neurobiologiczne (neurofizjologiczne oraz neurochemiczne). Modelem integrującym czynniki społeczne, psychologiczne oraz neurobiologiczne jest koncepcja Nancy Andreasen (2000), która, pomimo tego, że została zaprezentowana niemal dwadzieścia lat temu, pozostaje wciąż aktualna i podlega ciąglej aktualizacji (np. Rund, 2018). Wskazuje ona na różnorodność czynników, które współwystępują z pojawieniem się schizofrenii. Zgodnie z nią czynniki patogenne w znacznym stopniu wpływają na zaburzenia rozwoju mózgu. Te z kolei decydują o zmianach morfologicznych i funkcjonalnych w strukturach mózgowia. Wynikiem tego jest zaburzenie funkcjonowania poznawczego jednostki (procesów poznawczych i wykonawczych) oraz emocji. Objawy schizofrenii są traktowane jako wtórne do zaburzeń poznawczych (ryc. 1).



Ryc. 1: Model rozwoju schizofrenii wg Andreasen (na podstawie: Borkowska, Rybakowski, 2005; Andreasen i in., 2011; APA, 2013)

Model Andreasen wskazuje na pojawianie się istotnych zmian w strukturach

mózgowia. Są one następstwem występowania czynników genetycznych i neurorozwojowych. Osiemnastoletnie badania longitudinalne (Andreasen i in., 2011) w grupie 202 pacjentów ze schizofrenią uwiarydowiły znaczne zmiany w strukturach mózgowia, zwłaszcza w okresie pierwszych epizodów chorobowych. Zmiany te obejmują istotę szarą (cały mózg, przede wszystkim okolice czołowe i wzgórze) i białą (cały mózg, przede wszystkim okolice czołowe, skroniowe i ciemieniowe), a także poszerzenie komórek mózgowych. Zmiany w obrębie struktur mózgowia prowadzą do zaburzeń funkcji poznawczych i do pojawienia się objawów chorobowych.

Model etiologii schizofrenii zaprezentowany przez Andreasen pozostaje wciąż aktualny. Zdaje się on integrować dotychczasowe koncepcje dotyczące przyczyn choroby – odnosi się on wprawdzie przede wszystkim do czynników biologicznych (w tym genetycznych), ale uwzględnia także aspekty środowiskowe i emocjonalne. Badania przeprowadzane po publikacji modelu Andreasen w 2000 roku pozostają z nim spójne, pomimo braku jednoznacznych danych informujących o tym, z czego wynikają pierwotne zaburzenia poznawcze (Rund, 2018). Sam model nie wyjaśnia wprost tego, jak wymienione w nim czynniki patologiczne wpływają na codzienne funkcjonowanie osób chorujących (oprócz pojawienia się samych objawów). Niemniej jednak dostępna wiedza na temat lezji konkretnych rejonów mózgu, zaburzeń neuroprzeżyźnictwa, procesów poznawczych, występowania symptomów wskazuje na to, że osoby chorujące mogą doświadczać licznych trudności w codziennym życiu (w wielu jego obszarach).

Poniżej, w osobnych podrozdziałach, opisano szerzej kolejne etapy rozwoju choroby wg modelu Andreasen. Nie opisano objawów choroby, gdyż te zostały scharakteryzowane w poprzednim podrozdziale rozprawy.

1.2.1 Zbieżność pierwotnych czynników kształtujących predyspozycje do rozwoju schizofrenii oraz patofizjologia rozwoju mózgu

Jako pierwotne czynniki rozwoju choroby, Andreasen podaje mechanizmy genetyczne, zakłócenia okołoporodowe i środowiskowe. Jest to spójne z koncepcją podatności-stresu (model diateza-stres; Walker i Diforio, 1997; Pruessner i in., 2017). Model podatności i stresu opiera się na założeniu, że etiopatogeneza schizofrenii wynika z wzajemnej interakcji czynników genetycznych/biologicznych i środowiskowych.

Badania dotyczące zależności pomiędzy zdarzeniami życiowymi, czynnikami biologicznymi a pojawieniem się objawów zaprezentowali Walker i Diforio (1997).

Poszerzenie koncepcji proponują Pruessner i in. (2017), odnosząc się do szerszego kontekstu neurobiologicznego, korespondującego z czynnikami stresogennymi wśród chorujących na schizofrenię. Autorzy zwracają uwagę na ważną rolę osi podwzgórze-przysadka-nadnercza w powiązaniu z aspektami neurorozwojowymi, epigenetycznymi, neurotransmiterami, procesami zapalnymi, budową struktur mózgowia i jego funkcjami. Wnioski te są tożsame z tymi, które opisała Andreasen, zostały jednak poszerzone o wiedzę z nowszych badań neurobiologicznych.

Liczne badania potwierdzają wpływ czynników genetycznych na kształtowanie się schizofrenii (np. Gejman, Sanders i Duan, 2010; Pepper i Cardno, 2014; Rees, O'Donovan i Owen, 2015). Badania Christodoulou i in. (2012) oraz Christodoulou i in. (2008), wskazują na zaburzenia hamowania reakcji wśród rodzin osób pacjentów ze schizofrenią. Wynika to najprawdopodobniej ze specyficznych zmian w obrębie struktur mózgowia, mających podłoże genetyczne, które osłabiają funkcje poznawcze.

Istnieją również dane dotyczące etiologii choroby w życiu płodowym. Pierwsze badania w tym zakresie przeprowadzano w latach osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych XX wieku – zwrócono uwagę m.in. na czynniki dietetyczne w pierwszym trymestrze ciąży (Susser i in., 1996), a także na infekcje grypowe w drugim trymestrze (Mednick i in., 1988). Koncepcje te ulegają ciągłym korektom, co jest wynikiem ogólnego rozwoju badań z użyciem neuroobrazowania (Karakuła i in., 2013). Interesującej metaanalizy dokonali Misiak i in. (2018). Wskazują oni na wspólne podłoże genetyczne choroby afektywnej dwubiegunowej i zaburzeń ze spectrum schizofrenii. Podkreślają, że polimorfizmy w genach COMT, BDNF, FKBP5 mogą wchodzić w interakcje z wczesnymi stresującymi doświadczeniami życiowymi, a także nadużywaniem marihuany, co wpływa na poziom nasilenia objawów chorobowych. Wyniki te pozostają spójne z inną analizą badań, której dokonali Cardoso i Silva (2018). Dowodzą oni, iż geny predysponujące do zachorowania na schizofrenię mają działanie addytywne. Genotyp ujawnia się jednak tylko wówczas, gdy w środowisku osoby podatnej zaistnieją czynniki stresujące przekraczające pewną wartość progową. Zauważa się również, że stres może oddziaływać na rozwój układu nerwowego jeszcze w okresie prenatalnym. w następstwie tego układ nerwowy staje się bardziej podatny na różnorodne zdarzenia stresujące, co w przyszłości może uaktywniać proces chorobowy. Dotyczy to zarówno pierwszego epizodu schizofrenii, jak i późniejszych nawrotów (Wysokiński, 2016).

Opisane powyżej czynniki wskazują na możliwość rozwinięcia się już we

wczesnych etapach życia człowieka podatności na zachorowanie na schizofrenię. Podatność ta decyduje o tym, czy u konkretnej osoby w kontakcie z pewnymi stresorami (społecznymi i/lub biologicznymi) dojdzie do rozwoju choroby.

1.2.2. Zaburzenia anatomiczne i funkcjonalne mózgu

1.2.2.1. Zaburzenia anatomiczne mózgu

Dzięki funkcjom neuroobrazowania, możliwe są badania pokazujące różnice w strukturach mózgowia pomiędzy osobami chorującymi i niechorującymi na schizofrenię. Szczególną uwagę zwraca się tu na zmniejszenie płatów czołowych i skroniowych, ciała migdałowatego i hipokampa. Zmiany te widoczne są jeszcze przed wystąpieniem choroby. Zachorowanie na schizofrenię może je jeszcze bardziej pogłębiać (Hirayasu i in., 1998). Część funkcji poznawczych i zachowania emocjonalne są zależne od prawidłowego działania tychże struktur (np. Walsh, Darby, 2008; Kowalska, Kuśmerek, 2012; Zagrodzka, 2012).

Jedne z pierwszych badań nad zmianami w obrębie centralnego układu nerwowego wśród osób chorujących na schizofrenię dotyczyło pomniejszania się struktur mózgowia, co skutkuje powiększaniem się komór mózgowych (Bogerts, 1993). Badania na bliźniętach monozygotycznych, z których jedno cierpiało na schizofrenię, potwierdzają występowanie poszerzenia komór mózgowych i zmniejszenia niektórych struktur mózgowia – zwłaszcza formacji hipokampa (Suddath i in., 1990). Zmiany te są niezależne od pochodzenia etnicznego (Gong i in., 2015).

Badacze wskazują również na inne zmiany w obrębie kilku struktur mózgowia, takie jak: zmniejszoną asymetrię półkul mózgowych oraz ubytki istoty szarej wokół komór (Bogerts, 1993), zmniejszenie struktury hipokampa (DeLisi, 2008), nieprawidłowości wczesnego rozwoju kory mózgowej (Falkai i Bogerts, 1992). Obszerna analiza porównawcza wyników neuroobrazowania pacjentów chorujących na schizofrenię (n=784) i grupy kontrolnej (n=936) wyraźnie wskazuje na różnice w obrębie struktur mózgowia. w pierwszej grupie zaobserwowano znaczne deficyty w zakresie istoty szarej w przednim płacie czołowym, przyśrodkowej części płata czołowego i wyspie (Gupta i in., 2015).

Sommer i Kahn (2015), podsumowując dotychczasowe wyniki badań z użyciem neuroobrazowania wśród chorujących na schizofrenię, zwracają uwagę na wysoki poziom dziedziczności budowy struktur mózgowia (ok. 90%), zmiany w obrębie istoty białej

mózgu, zmniejszanie objętości kory czołowej i skroniowej. Część zmian w obrębie centralnego układu nerwowego występuje na długo przed pojawieniem się pierwszych symptomów schizofrenii. Ponadto wraz z rozwojem choroby zmiany kory mózgowej i struktur podkorowych pogłębiają się. Ma to istotne znaczenie w procesie leczenia i podatności na oddziaływania terapeutyczne.

Badania dotyczące zaburzeń związanych z funkcjonowaniem kory czołowej stały się obiektem szczególnego zainteresowania neurologów, neuropsychologów i psychiatrów. Jedną z hipotez dotyczących etiologii schizofrenii mówiła o tym, że jest ona skutkiem zaburzeń właśnie tej struktury mózgowia (Frith i Johnstone, 2012). Płat czołowy jest jednak największym obszarem kory mózgowej u człowieka – stanowi jedną trzecią masy półkul mózgowych (np. Walsh i Darby, 2008) i rozumienie schizofrenii jako zaburzenia całego tego obszaru należy uznać za redukcjonistyczne.

w kontekście rozważań dotyczących funkcjonowania poznawczego, emocjonalnego i osobowościowego w przypadku osób chorujących na schizofrenię, szczególnie istotna wydaje się być kora przedczołowa (np. Frith i Johnstone, 2012). Trudności w rozumieniu skutków leżących w tym obszarze wynikają z tego, że uszkodzenia kory przedczołowej prowadzą do zaburzeń motywacji, pamięci, uwagi, myślenia, mowy i wielu innych funkcji poznawczych (np. Walsh i Darby, 2008). Wymagane jest zatem zwrócenie uwagi na nieprawidłowości w funkcjonowaniu poszczególnych części kory przedczołowej.

Opisane przez Kaczmarka (2008) trzy rodzaje zaburzeń funkcjonowania kory przedczołowej charakteryzują się różnymi zaburzeniami emocjonalnymi, poznawczymi i zachowania. Objawy im towarzyszące można uznać za bardzo podobne do trzech grup syndromów schizofrenii opisanych przez Liddle'a (1987). Tabela 1. prezentuje zespoły zaburzeń kory przedczołowej i porównuje je do objawów schizofrenii opisanych przez Liddle'a.

Pierwszym omawianym zespołem zaburzeń okolicy przedczołowej jest zespół ze sklepiistości (zespół grzbietowo-boczny) (Kaczmarek, 2008). Pacjenci z zaburzeniami tego obszaru przejawiają obniżenie napędu ruchowego, osłabioną motywację, spadek nastroju, anhedonię, zanik relacji interpersonalnych, zanik umiejętności planowania. Są opisywani jako posłuszni, wypełniający wszelkie zalecenia. Często są również zachowania perseweratywne (wyraźne zaburzenia kontroli działań). Opisane powyżej zaburzenia są niemal tożsame z opisaną przez Liddle'a (1987) grupą objawów schizofrenii – ubóstwem psychoruchowym, które charakteryzuje się lakonicznymi

wypowiedziami, osłabieniem afektu, aspontanicznością ruchów.

Tabela 1: Zespoły zaburzeń kory przedczołowej i podobne do nich zespoły objawów schizofrenii wg Liddle'a (1987)

<i>Zespoły zaburzeń kory przedczołowej</i>	<i>Objawy zespołów zaburzeń kory przedczołowej</i>	<i>Podobne grupy objawów schizofrenii wg Liddle'a</i>
Zespół ze sklepiści	<ul style="list-style-type: none"> • obniżenie napędu ruchowego • osłabiona motywacja • spadek nastroju • anhedonia • zanik relacji interpersonalnych • zanik umiejętności planowania • perseweratywność • zaburzenia kontroli działań 	Ubóstwo psychoruchowe
Zespół przypadkowy	<ul style="list-style-type: none"> • pobudzenie psychoruchowe • labilność afektywna • łamanie zasad moralnych / społecznych • wzmożona ekspresja słowna • skłonność do rozkojarzeń • beztroska, nieumiejętność uczenia się na własnych błędach 	Dezorganizacja
Zespół przyśrodkowy	<ul style="list-style-type: none"> • stany snopodobne • zaburzenia świadomości • halucynacje • splątanie, konfabulacje 	Zniekształcenia rzeczywistości

Na podstawie: Liddle (1987) i Kaczmarek (2008)

Tak zwany zespół przypadkowy zdaje się być całkowitym przeciwieństwem zespołu ze sklepiści. Charakterystyczne jest dla niego pobudzenie psychoruchowe, labilność afektu, łamanie zasad moralnych i społecznych, a także wzmożona ekspresja słowna. Pacjenci z uszkodzeniami tego obszaru łatwo się rozkojarzają. Charakteryzuje ich beztroska, nieumiejętność uczenia się na własnych błędach (Kaczmarek, 2008). Zespół tych objawów przypomina z kolei grupę objawów nazwaną przez Liddle'a (1987) „dezorganizacją”. Charakterystyczne dla niej jest niedostosowanie afektu i formalne zaburzenia myślenia.

Ostatnim, opisanym przez Kaczmarka (2008), zaburzeniem funkcjonowania kory przedczołowej jest zespół przyśrodkowy. Ta część kory jest również częścią układu limbicznego, który z kolei ma liczne połączenia neuronalne z tworem siatkowatym. U

osób cierpiących na uszkodzenia tej okolicy mogą pojawiać się stany snopodobne. Charakterystyczne są również zaburzenia świadomości, w tym halucynacje (zwykle wzrokowe). Pojawiać może się również splątanie i konfabulacje. Objawy te przypominają z kolei ostatnią z grup symptomów schizofrenii opisanych przez Liddle'a (1987) – „znieskształcenia rzeczywistości”.

Zbieżność różnych „zespołów przedczołowych” z trzema grupami objawów według Liddle'a wydaje się być nieprzypadkowa. Możliwym jest zatem, że zależność między objawami schizofrenii a zaburzeniami funkcjonowania płata czołowego jest znacząca. Do podobnych wniosków doszli Czernikiewicz i Bibułowicz (2006), Pomarol-Clotet i in. (2010), a także Hagihara i in. (2014).

Wyniki powyższych badań mogą wskazywać na etiologię osłabienia niektórych funkcji poznawczych (np. uwagi czy pamięci), a także wyjaśniać zmiany w zachowaniu emocjonalnym w schizofrenii. Jednakże specyficzna budowa mózgu, podobnie jak czynniki genetyczne, wskazują bardziej na pewną podatność, a nie na prosty ciąg przyczynowo–skutkowy. Zmiany w strukturach mózgowia występują wszak również w wielu innych zaburzeniach (Frith i Johnstone, 2012). Istotną rolę w tym, ja przebiega choroba, odgrywają również zaburzenia funkcjonalne mózgu, o których traktuje kolejny podrozdział.

1.2.2.2. Zaburzenia funkcjonalne mózgu

Badacze zajmujący się neurologicznymi wskaźnikami zaburzeń psychiatrycznych skupiali się nie tylko na całych dużych obszarach struktur mózgowia, ale również na pojedynczych komórkach i receptorach. Dzięki tym badaniom udało się odnaleźć pewne prawidłowości, które wskazują na specyficzne działanie neuroprzekaźników u osób chorujących na schizofrenię (Rubeša, Gudelj i Kubinska, 2011).

Jedną z hipotez dotyczących zależności między neuroprzekaźnictwem a schizofrenią jest hipoteza serotoninowa. Mówi ona o nadmiernej aktywności układu serotoninergetycznego (Abi-Dargham i in., 1997). Inna hipoteza wskazuje z kolei na wzrost aktywności GABA (np. Benes, 1998) i blokowanie receptorów glutaminianu (np. Tamminga i in., 1995; Ibrahim i in., 2000). Hipoteza dotycząca kwasu gamma-aminomasłowego jest jednak wątpliwa, gdyż w różnych badaniach uzyskano odmienne wyniki (Benes, 1998; Perry i in., 1979). Seligman, Rosenhan i Walker (2003) tłumaczą rozbieżności w badaniach na temat neuroprzekaźnictwa w schizofrenii słabością diagnozy

nozologicznej – różne zaburzenia nazywane „schizofrenią” mogą mieć odmienną etiologię i być niepowiązanymi ze sobą chorobami.

Najpopularniejszą hipotezą dotyczącą działania neuroprzekaźników w schizofrenii jest hipoteza dopaminowa. Gay i in. (1989) wykryli, że poziom aktywności dopaminy u osób chorujących na schizofrenię był znacznie wyższy niż u tych, którzy nie chorowali. Inne badania wskazują nie tylko na wzrost ilości tego neuroprzekaźnika, ale na szczególną wrażliwość receptorów dopaminowych (Cross i in., 1978; Seeman, Hong-Chang i Van Tol, 1993). Zwiększona liczba receptorów dopaminowych świadczyć może o wzmożonej wrażliwości na dopaminę, co skutkuje pojawieniem się zaburzeń psychiatrycznych. Większość dostępnych obecnie leków przeciwpsychotycznych oddziałuje właśnie na receptory dopaminowe D2 (Seeman i Seeman, 2011).

Nowsze badania z użyciem pozytonowej tomografii emisyjnej, tomografii emisyjnej pojedynczego fotonu i protonowej spektroskopii rezonansu magnetycznego wskazują na anormalne neuroprzekaźnictwo w zakresie dopaminergicznym, GABA-ergicznym i glutaminianergicznym wśród osób chorujących na schizofrenię i nieleczonych neuroleptykami. Zmiany te pozostają w zależności z zaburzeniami długotrwałych wzmocnień synaptycznych (LTP) i mogą powodować m.in. deficyty w zakresie funkcjonowania poznawczego (Salavati i in., 2015). Reynolds (2008) wiąże występowanie zmian w neurotransmisji dopaminy z objawami pozytywnymi, natomiast w zakresie GABA i glutaminianu – z objawami negatywnymi i deficytami kognitywnymi.

Yang i Tsai (2017) podkreślają rolę interakcji pomiędzy neuroprzekaźnikami: dopaminą, serotoniną, glutaminianem, acetylocholimą i GABA. Autorzy zauważają, że działanie na konkretne neuroprzekaźniki może prowadzić do poprawy stanu zdrowia pacjentów w licznych zakresach – np. hipoteza acetylocholinoza zakłada, iż wpływając na agonistów receptorów nikotynowych możliwa jest poprawa funkcjonowania poznawczego pacjentów.

Opisane zaburzenia anatomiczne i funkcjonalne mózgu występujące w schizofrenii manifestują się przede wszystkim poprzez zaburzenia procesów poznawczych i wykonawczych. Wpływają również na funkcjonowanie tzw. układów nagrody.

1.2.3. Zaburzenia procesów poznawczych

Zgodnie z modelem Andreasen (Andreasen, 2000; Andreasen i in., 2011) funkcje

poznawcze pozostają w bezpośredniej zależności z pojawianiem się objawów choroby. w poprzednich rozdziałach rozprawy przedstawiono liczne badania, ukazujące zmiany w obrębie struktur mózgowia i neuroprzekaznictwa wśród chorujących na schizofrenię. Zmiany te, co podkreśla również Andreasen (2000), nie pozostają bez wpływu na funkcje poznawcze, a te z kolei – na funkcjonowanie osób chorujących w różnych sferach życia.

Zaburzenia neurokognitywne są dostrzegalne u pacjentów już we wczesnych etapach choroby (np. Bora i Pantelis, 2015). Longitudinalne badania Hubbarda i in. (2016) potwierdzają występowanie obecności wspólnych czynników genetycznych pomiędzy pojawieniem się schizofrenii a osłabionym funkcjonowaniem poznawczym w dzieciństwie. Badania Christodoulou i in. (2012) wskazują na deficyty poznawcze również u zdrowych krewnych osób ze schizofrenią, co tłumaczone jest silnym związkiem z predyspozycjami genetycznymi. Ezequiel (2016) przekonuje, że zmiany w obrębie struktur mózgowia, które manifestują się odmiennymi zaburzeniami funkcji poznawczych, pozostają w zależności z różnymi klinicznymi podtypami choroby. Corigliano i in. (2014) podkreślają, że zaburzenia funkcji poznawczych ulegają pogłębieniu wraz z rozwojem choroby. Najczęściej upośledzone zostają pamięć robocza i uwaga.

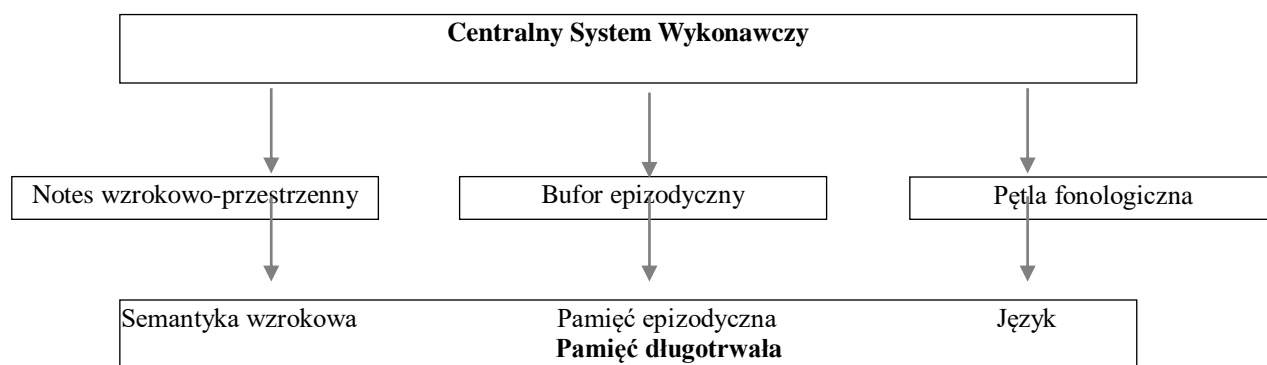
Rehabilitacja funkcji poznawczych w schizofrenii może przynosić wymierne korzyści dla pacjentów – skutkuje ona poprawą jakości życia i ograniczeniem niepełnosprawności (Tripathi, Kar i Shukla, 2018). Istotna pozostaje również psychoedukacja pacjentów, którzy często nie są w pełni świadomi swoich trudności kognitywnych (Mosiołek, 2015). Poniżej opisane zostały zaburzenia w obrębie konkretnych procesów poznawczych, które w literaturze są wskazywane jako szczególnie narażone na degradację w trakcie rozwoju choroby (np. Balzan i in., 2014; Kontaxaki i in., 2014; Mosiołek, 2015).

1.2.3.1. Zaburzenia pamięci operacyjnej

Pamięć ujmowana jest zwykle jako zdolność i jako proces. Pamięć jako zdolność w dużej mierze rozumiana jest jako pewna wrodzona cecha, uwarunkowana genetycznie i zależna od inteligencji. Traktowanie pamięci jako procesu związane jest z długą historią badań nad funkcjami poznawczymi człowieka. Zakłada istnienie jej trzech etapów: kodowania, przechowywania i odtwarzania (wydobywania). Fazy te łączone są zwykle z pamięcią sensoryczną, krótkotrwałą (roboczą / operacyjną) i długotrwałą (Klasik, Krupka-Matuszczyk i Krysta, 2005). Na potrzeby niniejszej pracy przyjęto rozumienie

pamięci jako procesu, ponieważ ujęcie to pozwala na dokładne określenie konkretnych zaburzeń pamięci w kontekście zaburzeń w obrębie struktur mózgowia (np. Kowalska i Kuśmierek, 2012; Martin, 2001) i objawów schizofrenii (np. Frith i Johnstone, 2012; Borkowska i Rybakowski, 2005). Jak podają Borkowska i Rybakowski (2005), trudności w opisanu zaburzeń pamięci w schizofrenii związane są ze złożonością samego pojęcia pamięci i jej podatności na zaburzenia innych funkcji poznawczych – na przykład uwagi. Zwykle jednak zauważa się, że największej degradacji ulega pamięć robocza, a samą schizofrenię określa się mianem „choroby pamięci operacyjnej”. Zaburzenia te związane są z funkcjonowaniem przedniej kory asocjacyjnej – czyli kory przedczołowej mózgu.

Pamięć operacyjna w znacznym stopniu wykracza poza klasyczne rozumienie pamięci jako procesu kodowania, przechowywania i wydobywania informacji. Jej zadaniem jest utrzymywanie reprezentacji pewnych bodźców, na których w danym momencie wykonywane są konkretne operacje myślowe (Kowalska i Kuśmierek, 2012). Innymi słowy: zadaniem pamięci operacyjnej jest "utrzymywanie" informacji w świadomości, podczas gdy wymagane jest wykonanie innego zadania. Wiąże się to z przetwarzaniem, manipulowaniem informacjami. Pamięć operacyjna zapewnia ciągłość pomiędzy zachowaniami z przeszłości a teraźniejszymi (Pawężka, Karakuła i Grzywa, 2009a). Model funkcjonowania pamięci operacyjnej prezentuje ryc. 2.



Ryc. 2: Model pamięci operacyjnej Baddeleya (na podstawie: Pawężka, Karakuła i Grzywa, 2009a; Pąchalska, Kaczmarek i Kropotov, 2014)

Notes wzrokowo-przestrzenne i pętla fonologiczna służą przechowywaniu w trakcie działania informacji wzrokowo-przestrzennych (niewerbalnych) oraz słownych, opartych na mowie (werbalnych). Bufor epizodyczny odgrywa istotną rolę w prawidłowym funkcjonowaniu pamięci epizodycznej. z kolei zadaniem centralnego

systemu wykonawczego jest swego rodzaju "nadzór" nad podsystemami pamięci operacyjnej, wybór odpowiednich, optymalnych strategii działania w danym momencie (np. Baddeley, 2000; Pawężka, Karakuła i Grzywa, 2009a; Jodzio, 2011).

Lawlor-Savage i Goghari (2014) zwracają uwagę na szczególne osłabienie pamięci roboczej w zakresie pamięci wzrokowo – przestrzennej i słuchowej wśród pacjentów chorujących na schizofrenię. Do podobnych wniosków doszli Deac i in. (2015). z kolei McClenon i in. (2014) dowiedli w swoim eksperymencie zwiększoną zależność pomiędzy podatnością na dystraktory (wzmoczona koncentracja uwagi) a osłabieniem pamięci operacyjnej. Ma to istotne znaczenie np. w czasie robienia zakupów w hipermarketach, gdzie występują liczne dystraktory, a sprawność pamięci operacyjnej (zwłaszcza wzrokowo-przestrzennej) ułatwia podejmowanie odpowiednich decyzji.

Ważnym czynnikiem, który pozostaje w zależności z nasileniem osłabienia pamięci roboczej w schizofrenii, jest długość trwania choroby. Obniżenie sprawności tejże funkcji zauważalne jest już w okresie prodromalnym choroby (Mohamed, Paulsen i O'Leary, 1999), a brak leczenia objawów powoduje dalsze nasilanie się dysfunkcji poznawczych (Scully i in., 1997).

Badania z użyciem funkcjonalnego rezonansu magnetycznego (fMRI) przeprowadzili Barch i in. (2002). Sprawdzali zależność nie tylko pomiędzy funkcjonowaniem kory przedczołowej a zaburzeniami pamięci roboczej, ale także pamięci długotrwałej, u osób chorujących na schizofrenię. o ile w kontekście dotychczasowych badań, spodziewanym było znalezienie zależności pomiędzy zaburzeniami z okolicy kory przedczołowej i obniżeniem sprawności pamięci operacyjnej, o tyle zaburzenia pamięci długotrwałej (LTM) uznać można za zaskakujące (dotychczas zaburzenia LTM utożsamiane były z korą skroniową). Można to tłumaczyć pewnego rodzaju „nadrzędnością” kory przedczołowej względem pozostałych okolic mózgu, w tym płatów skroniowych czy struktur podkorowych (np. hipokampu czy prążkowie) (np. Walsh i Darby, 2008; Jodzio, 2011). Warto wspomnieć tutaj o metaanalizie Kraguljac, Srivastavy i Lahti (2013), której wyniki wskazują, że w licznych badaniach wyraźne są zmiany w budowie struktur mózgowia u osób chorujących na schizofrenię, jednak ze względu na złożoność samego pojęcia pamięci i jej działania, a także niedoskonałości fMRI, trudno jest wciąż określić konkretny mechanizm powstawania zaburzeń funkcji poznawczych w schizofrenii.

1.2.3.2. Zaburzenia uwagi

Uwaga jest bardzo złożonym procesem poznawczym, a jej definicje różnią się od siebie. Posner i Peterson (1990) wskazywali na to, że z neurofizjologicznego punktu widzenia uwaga składa się z co najmniej trzech podstawowych sieci neuronalnych, które odpowiadają za kontrolę wykonawczą (*executive control*), orientację (*orienting*) i aktywację (*alerting*). Po dwudziestu latach autorzy dokonali rewizji swojego artykułu i uznali, iż jeszcze inna istotna sieć odpowiada za samoregulację (*self-regulation*) (Petersen, Posner, 2012). Uwaga nie jest zatem jednym, prostym procesem poznawczym.

Z neurofizjologicznego punktu widzenia zaburzenia uwagi mogą być powiązane ze zmianami w korze przedczołowej, korze skroniowo-ciemieniowej, hipokampie oraz zakręcie wrzecionowatym. Badania Smucny'ego i in. (2013) wskazują na istotne różnice w umiejętności koncentracji uwagi pomiędzy pacjentami chorującymi na schizofrenię a osobami zdrowymi. Wyniki wskazują również na zmiany w aktywności wymienionych powyżej struktur mózgu. Co istotne, pacjenci przechodzący remisję choroby, mogą odzyskiwać zdolność do prawidłowego koncentrowania uwagi (Fukumoto i in., 2014). Hahn i in. (2012) pokazują, że umiejętność koncentracji uwagi (wzrokowej) jest faktycznie osłabiona wśród osób chorujących na schizofrenię - w porównaniu do grupy osób zdrowych. Różnice te są jednak zauważalne wówczas, gdy obszar, na którym należy się skupić, jest szeroki. Nie zauważono różnic między grupami, gdy wymagane było skupianie się na wąskim obszarze. Do podobnych wniosków doszli Robol i in. (2013).

Smid, Bruggeman i Martens (2013) twierdzą, iż zaburzenia uwagi niekoniecznie muszą być powiązane z zaburzeniami pamięci czy osłabieniem tempa przetwarzania procesów poznawczych. Smid i in. (2013) zauważyli, że u pacjentów sama koncentracja uwagi może pozostawać nienaruszona, podczas gdy osłabieniu ulega przerzutność uwagi. z kolei Hoonakker i in. (2017) dowiedli, iż procesy monitorowania sytuacji konfliktowych ulegają osłabieniu, co związane jest z zaburzeniami uwagi w zadaniach typu Go/NoGo. Jest to najprawdopodobniej związane z zaburzeniami hamowania automatyzmów. Hamowanie reakcji jest jednym z mechanizmów związanych z uwagą, który umożliwia powstrzymanie dotychczasowego działania i rozpoczęcie nowego (Tang i in., 2015). w swej definicji jest ono ważną częścią jednej z cech uwagi, jaką jest przerzutność (Pąchalska, Kaczmarek i Kropotov, 2012). Hu i in. (2014) sugerują, że zaburzenia tej funkcji u pacjentów chorujących na schizofrenię wynikają z trudności w rozpoznawaniu informacji i "umieszczaniu" ich w nowej sytuacji i kontekście. Marczewski, Van der Linden i Larøi (2001) wskazują na zaburzenia hamowania

automatycznych reakcji werbalnych u pacjentów cierpiących z powodu psychozy. Christodoulou i in. (2012), a także Christodoulou i in. (2008), ukazali trudności w werbalnym hamowaniu reakcji u krewnych osób chorujących na schizofrenię i chorobę afektywną dwubiegunową (obydwie choroby najprawdopodobniej mają wspólne podłoże genetyczne). Trudności w hamowaniu reakcji i zaburzenia innych funkcji poznawczych są istotnym czynnikiem utrudniającym codzienne funkcjonowanie pacjentom chorującym na schizofrenię (Lepage, Bodnar i Bowie, 2014) i mogą współwystępować ze skłonnością do podejmowania zbyt szybkich i pochopnych decyzji (Dudley i in., 2016). Stanowi to znaczną przeszkodę w efektywnym wypełnianiu codziennych zadań.

1.2.3.3. Zaburzenia funkcji wykonawczych

Zaburzenia funkcji wykonawczych wśród chorujących na schizofrenię upośledzają ich funkcjonowanie w różnych sferach życia codziennego. Funkcje wykonawcze są bowiem złożoną zdolnością do podejmowania zamierzonych i celowych zachowań. Są pewną umiejętnością działania, mającego przynieść korzyść w bliższej lub dalszej przyszłości.

W prawidłowym działaniu funkcji wykonawczych biorą udział takie procesy jak pamięć robocza, przerzutność i koncentracja uwagi, a także hamowanie automatycznych reakcji (Rostowski, 2012; Jodzio, 2011). Pozwalają one na "kierowanie" takimi funkcjami jak planowanie czy przełączanie się na nowe zadania (Pąchalska, Kaczmarek i Kropotov, 2014). Procesy wchodzące w skład funkcji wykonawczych można zaklasyfikować jako: pobudzanie (planowanie i wykonanie działania), hamowanie (powstrzymywanie się od działania), pamięć działania (przechowywanie planu działania – powiązana z pamięcią operacyjną), kontrola działania (porównywanie rezultatów działania z jego planem). Deficyty w zakresie funkcji wykonawczych wiązane są z zaburzeniami hamowania reakcji, pamięci operacyjnej, elastyczności poznawczej i funkcjami uwagi (Diamond, 2013).

Funkcje poznawcze *per se* mają charakter bardziej treściowy - odpowiadają zwykle na pytania "co?" i "ile?", podczas gdy funkcje wykonawcze - "po co coś robisz?", "jak to robisz?", "kiedy to zrobisz?". Są tym samym bardziej formalne. Niewątpliwie jednak funkcje wykonawcze, z powodu swojej złożoności, są zależne od prawidłowego działania funkcji poznawczych (Jodzio, 2011). Jedną z istotnych ról funkcji wykonawczych jest adaptacja do nowych sytuacji, zwłaszcza w sytuacjach, w których

dotychczasowe, automatyczne zachowania przestają być efektywne. Funkcje wykonawcze umożliwiają wykroczenie poza wyuczone schematy, powstrzymanie dawnych zachowań i rozpoczęcie nowych (Orellana i Slachevsky, 2013). Odgrywają one znaczną rolę np. w procesach związanych z podejmowaniem decyzji.

Często zaburzenia funkcji wykonawczych utożsamiane są ze zmianami w okolicach płata czołowego, a konkretnie kory przedczołowej (np. Walsh i Darby, 2008; Damasio, 2013). Tymczasem podobne objawy jak przy tzw. dysfunkcjach czołowych zauważyć można przy uszkodzeniach podkorowych struktur mózgowia, np. wzgórza czy prążkowie (np. Jodzio, 2011; Kaczmarek, 2008; Martin, 2001). Mówiąc o zaburzeniach funkcji wykonawczych, wynikających z dysfunkcji kory (przed)czołowej warto pamiętać o tym, że okolica ta ma liczne połączenia neuronalne właśnie ze wzgórzem czy prążkowiem (np. Kaczmarek, 2008; Martin, 2001). Badania Diwadkar i in. (2014) ukazały nieprawidłowości w działaniu sieci neuronalnych łączących korę przedczołową z prążkowiem u dzieci, których rodzice chorują na schizofrenię. Do zwracania większej uwagi na sieci neuronalne aniżeli na konkretne struktury mózgu zachęcają też Glahn i in. (2005), a także Pąchalska i wsp. (2014).

Zaburzenia funkcji wykonawczych wiążą się z częstszym występowaniem chorób i zaburzeń psychicznych, zaburzeniami somatycznymi, uzależnieniami, pogorszeniem jakości życia, osłabieniem efektywności w nauce i pracy, trudnościami rodzinnymi i zachowaniami agresywnymi. Funkcje wykonawcze u osób chorujących na schizofrenię są wyraźnie zaburzone. Deficyty te pozostają względnie trwałe w przebiegu choroby. Są zauważalne również w okresach remisji objawowej. Dysfunkcje te związane są najpewniej z nieprawidłową czynnością grzbietowo-bocznej kory przedczołowej. Stosowanie odpowiedniej farmakoterapii może przynosić poprawę w zakresie procesów poznawczych (Hintze, Wciórka i Borkowska, 2007; Hintze, 2012). Badania Okruszka i Rutkowskiej (2013) wskazują na brak istotnych różnic pomiędzy chorującymi na schizofrenię a pacjentami z uszkodzeniami kory czołowej w zakresie podatności na efekt interferencyjny oraz szybkości wykonania w teście Stroopa. Obydwie grupy uzyskiwały dużo słabsze wyniki niż grupa kontrolna osób zdrowych. Jest to spójne z dokonany wcześniej porównaniem pomiędzy objawami schizofrenii wg Liddle'a (1987) a opisywanymi zespołami objawów towarzyszącymi lezjom kory przedczołowej (por. Tabela 1).

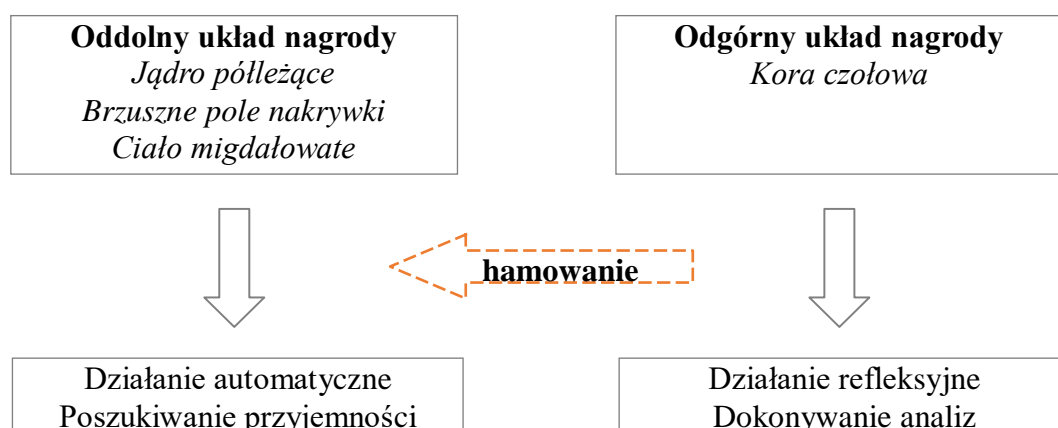
1.3. Układ nagrody w schizofrenii

W opisie zaburzeń funkcjonalnych mózgu u osób chorujących na schizofrenię wspomniano o układzie nagrody. Odgrywa on kluczową rolę w sytuacjach, gdzie wymagane jest zahamowanie pewnych zachowań impulsywnych, ukierunkowanych na przyjemność, i podjęcie bardziej racjonalnej decyzji. Wśród pacjentów chorujących na schizofrenię tego typu mechanizmy są często wyraźnie zaburzone, co widoczne jest np. poprzez częste uzależnienia (zwłaszcza od papierosów czy amfetaminy). Mogą one przybierać formę zautomatyzowanych, bezrefleksyjnych rytuałów. Ośrodki odpowiadające za tego typu zachowania zlokalizowane są w dopaminergicznym szlaku mezolimbicznym (por. Stahl, 2010).

Jak wspomniano już wcześniej, jedna z hipotez dotyczących przyczyn schizofrenii opiera się na dowodach, wskazujących na szczególną wrażliwość osób chorych na działanie dopaminy (np. Seeman i in., 1993). Stymulowanie układu nagrody powoduje wzmożenie wydzielania dopaminy. Osoby stosujące środki psychoaktywne, np. amfetaminę czy kokainę, pobudzają w nienaturalny sposób wydzielanie tego neuroprzekaźnika w bardzo wysokich dawkach (Stahl, 2010). Znane są liczne przypadki pacjentów, u których zażycie amfetaminy uruchamiało wystąpienie klinicznych objawów schizofrenii – właśnie poprzez znaczne zwiększenie wydzielania dopaminy. Osoby te zapewne były genetycznie obciążone ryzykiem zachorowania, niemniej jednak pokazuje to, że nadaktywność dopaminergiczna jest czynnikiem wspólnym dla osób stosujących niektóre środki psychoaktywne i chorujących na zaburzenia psychiatryczne (Frith i Johnstone, 2012). Badania Ezzatpanah, Shariata i Tehrani-doost (2014) pokazują, że różnice w funkcjonowaniu poznawczym pomiędzy osobami z objawami psychozy wywołanej zażyciem amfetaminy, a chorującymi na schizofrenię były mało znaczące i dotyczyły głównie funkcjonowania uwagi.

Wyróżnia się dwa rodzaje układów nagrody – reaktywny i refleksyjny (por. Stahl, 2010). Reaktywny układ nagrody, nazywany inaczej „*nagrodą <<od dołu>>*” sprawia, że osoba w sposób przymusowy, automatyczny poszukuje zaspokojenia „zapotrzebowania” na dopaminę. Charakterystycznym dla tego układu jest to, że nie posiada on połączeń z korą czołową – nie podlega zatem świadomej refleksji. Najważniejszymi strukturami, które tworzą oddolny układ nagrody są: jądro półleżące, ciało migdałowate i brzuszne pole nakrywki (VTA). w brzuszny polu nakrywki zlokalizowane są ciała dopaminergicznych komórek nerwowych. Wysyłają one swoje

projekcje do jądra półleżącego. Ciało migdałowe posiada połączenia z obydwoimi opisanymi strukturami. Gdy „sygnał nagrody” dociera do jądra półleżącego, to powoduje ono gwałtowne wydzielanie dopaminy. Ciało migdałowe uczestniczy w procesie uczenia się nagrody, wysyłając swoistą informację zwrotną do VTA i jądra półleżącego. Połączenie z VTA przekazuje wiadomość o pojawieniu się przyjemnych doświadczeń. z kolei połączenia z jądrem półleżącym decydują o reakcji emocjonalnej i o podjęciu impulsywnej, automatycznej decyzji o działaniu w celu uzyskania szybkiej przyjemności. Reasumując – ciało migdałowe służy emocjonalnemu uczeniu się nagrody, brzusne pole nakrywki pełni funkcję wykrywania istotnych wydarzeń związanych z uzyskaniem przyjemności, natomiast jądro półleżące odpowiada za impulsywną i automatyczną reakcję w postaci szybkiego poszukiwania zaspokojenia dla zapotrzebowania organizmu na dopaminę (Stahl, 2010).



Ryc. 3: Uproszczony schemat przedstawiający działanie "oddolnego" i "odgórnego" układu nagrody (opracowanie własne na podstawie: Stahl, 2010).

Układ refleksyjny, „odgórny” uznać można za przeciwny i uzupełniający dla reaktywnego układu nagrody. Jądro półleżące, jak napisano wcześniej, w oddolnym układzie nagrody służy podjęciu automatycznych reakcji w celu poszukiwania zaspokojenia. Jest ono również częścią refleksyjnego układu nagrody. Wysyła ono swoje projekcje do trzech obszarów kory czołowej. Pierwsza z nich, kora oczodowołowa – czołowa odpowiada za regulację impulsów. Brzuszną – przyśrodkową korę czołową z kolei jest odpowiedzialna za regulację emocji. Projekcje z grzbietowo – bocznej kory przedoczołowej pełnią funkcję w analizowaniu sytuacji i podejmowaniu decyzji

o konkretnym działaniu (lub jego niepodejmowaniu) (Stahl, 2010). Uproszczony schemat działania "odgórnego" i "oddolnego" układu nagrody przedstawia ryc. 3.

Jak podają Schlagenhaut i in. (2007), układ nagrody u pacjentów chorujących na schizofrenię jest w dużej mierze zależny od działania leków przeciwpsychotycznych. Wynik tychże badań wskazuje na różnice w poziomie aktywacji układu nagrody pomiędzy pacjentami chorującymi na schizofrenię a osobami zdrowymi. Wśród osób leczących się jedynie pacjenci leczeni olanzapiną uzyskiwali wyniki podobne do osób zdrowych. Było to również powiązane z mniejszym nasileniem objawów negatywnych. Badania te wskazują na istotne zależności pomiędzy objawami, stosowaniem leków i antycypowaniem nagrody.

Opisane wcześniej badania dotyczące ubytków w strukturach mózgowia u chorujących na schizofrenię wskazują na to, że u pacjentów tych przeważać powinien reaktywny układ nagrody. Zarówno hipoteza dotycząca zaburzeń wczesnej migracji komórek do kory mózgowej (Falkai i Bogerts, 1992), jak i udokumentowane zaniki kory w obrębie płata czołowego (np. Hirayasu i in., 1998) wskazują na to, że odgórny układ nagrody może być osłabiony. w codziennym funkcjonowaniu pacjenta może być to widoczne poprzez podejmowanie bezrefleksyjnych i automatycznych decyzji ukierunkowanych na uzyskanie przyjemności (np. Juckel i in., 2005), skłonność do uzależnień (np. od nikotyny; Wojtyna i Wiszniewicz, 2013) czy osłabione funkcjonowanie procesów poznawczych, zwłaszcza tzw. procesów wykonawczych (np. Dąbkowska, 2007; Pawężka, Karakuła i Grzywa, 2009a; Pawężka, Karakuła i Grzywa, 2009b). Badania de Leeuw i in. (2015) z użyciem neuroobrazowania pokazują, że zaburzenia związane z odraczaniem gratyfikacji występują również u bliźniąt osób chorujących na schizofrenię, u których objawy chorobowe nie występują. Wskazuje to na genetyczne podłoże zmian w obrębie struktur układu nagrody. Nielsen i in. (2012) porównali reaktywność układu nagrody pomiędzy pacjentami ze schizofrenią a zdrową grupą kontrolną poprzez badanie funkcjonalnym rezonansem magnetycznym podczas zadań wymagających odraczania gratyfikacji. Zaobserwowano istotne różnice zarówno w zakresie "oddolnego układu nagrody" (brzusze pole nakrywki) i "odgórnego układu nagrody" (prawa kora przedczołowa). Zaburzenia w obrębie struktur podkorowych były istotnie związane z nasileniem występowania objawów pozytywnych.

Rozdział 2. Funkcjonowanie w codziennym życiu osób chorujących na schizofrenię

2.1. Funkcjonowanie zawodowe

Raport „Schizofrenia, perspektywa społeczna, sytuacja w Polsce” (Kiejna, Piotrowski i Adamowski, 2014) ukazuje sytuację społeczno-zawodową osób chorujących jako niepokojącą. w raporcie tym przeciętny wiek pacjentów ze schizofrenią w Polsce wynosił 38,5 roku (27 lat w momencie zachorowania). Są to zatem osoby młode, które dopiero rozpoczynają swoją karierę zawodową. w chwili postawienia diagnozy 46% z nich było czynnych na rynku pracy, a wraz z postępem choroby znaczna część traciła zatrudnienie (72%). Pracę podejmowało ok. 19% pacjentów ze schizofrenią. Niemniej jednak wraz z częstością hospitalizacji wzrastał odsetek niepracujących (hospitalizowani częściej niż 5 razy w 90% nie podejmowali żadnej pracy). Warto zauważyć przy tym, że 23% osób, u których po raz pierwszy stawiana jest diagnoza, to studenci. Skala problemów związanych z życiem zawodowym jest zatem bardzo duża. Pomimo tego wciąż brakuje publikacji oraz odpowiednich rozwiązań systemowych, które pozwoliłyby na bardziej widoczną poprawę w tym zakresie.

Dane te są tym bardziej istotne, że po wprowadzeniu w Polsce gospodarki wolnorynkowej po 1989 roku na obywateli spadła większa odpowiedzialność za znalezienie i utrzymanie pracy zawodowej (Wąsowicz-Kiryło, 2013), co stanowi obecnie ważny element tworzenia się poczucia autonomii dorosłego człowieka (Webley, Burgoyne, Lea i Young, 2001).

Tymczasem samodzielność pacjentów chorujących na schizofrenię jest znacznie ograniczona. Poprawę w tym zakresie może przynieść znalezienie pracy. Birchwood i Jackson (2004) twierdzą, że o zdobycie pracy szczególnie trudno osobom cierpiącym z powodu negatywnych objawów schizofrenii. Podają również, że w Stanach Zjednoczonych najpopularniejszą formą wdrażania osób chorujących w życie zawodowe jest metoda „umieść i wyćwicz”. Polega ona na uczeniu pacjentów ich nowej pracy w czasie zajęć praktycznych – dokładnie w tym miejscu, gdzie później miałyby kontynuować swoją karierę zawodową. Takie działania niosą za sobą liczne korzyści dla osób chorujących – pozwalają na zmniejszenie lęku, szybszą habituację, wzmożenie poczucia sprawstwa.

W polskich badaniach Kurpas i in. (2014) wykazano, że ponad 80% pacjentów po

zachorowaniu na schizofrenię nie podejmowało żadnej aktywności zawodowej – utrzymywali się z zasiłków i rent. Wiąże się to ze złą sytuacją materialną pacjentów. Krupa (2004) uważa, że istotnymi czynnikami wspierającymi proces leczenia poprzez pracę są: odzyskiwanie kontroli nad swoim życiem, nabywanie nowych umiejętności, utożsamianie się z miejscem pracy, rozpoznawanie pierwszych oznak nawrotu objawów, poczucie bycia ważnym w pracy, nawiązywanie nowych relacji społecznych. Istotnym predyktorem możliwości podjęcia pracy jest dotychczasowa historia zatrudnienia (Marwaha, Johnson, 2018).

Voit (2001) zwraca uwagę na formy wspierania osób chorujących w utrzymaniu przez nich pracy. Za najważniejsze czynniki wspierające uważa zwrócenie uwagi na podmiotowość pacjenta, umożliwianie zauważania efektów pracy. Wymagana jest też stała współpraca z terapeutami.

Jak pokazują dotychczasowe badania, podejmowanie pracy zarobkowej poprawia stan psychiczny osób chorujących. Podejmowanie pracy zwiększa poczucie własnej skuteczności i poprawia samoocenę (Waghorn, Chant i King, 2007). Prowadzi również do poprawy jakości życia (Honkonen i in., 2007), a także do uzyskiwania lepszych rezultatów w złożonych zadaniach (Haslam i in., 2008). Twamley i in. (2008) wskazują na istotne znaczenie pracy w procesie terapeutycznym. Niemniej jednak nadal bardzo mała liczba pacjentów ze schizofrenią podejmuje aktywność zawodową (Davidson i in., 2016), co powodowane jest przez lęk przed stygmatyzacją, poczucie bycia dyskryminowanym, strach przed utratą świadczeń (Marwaha i Johnson, 2018).

2.2. Funkcjonowanie społeczne

Chorowanie na schizofrenię wiąże się ze znacznymi deficytami w zakresie funkcjonowania społecznego. Odczuwanie objawów (zarówno pozytywnych jak i negatywnych) oraz zaburzenia procesów poznawczych pozostają w widocznej zależności z dysfunkcjami w zakresie poznania społecznego oraz prawidłowego układania relacji interpersonalnych (Kucharska-Pietura, 2008).

Trudności w życiu społecznym wśród osób cierpiących na schizofrenię są zauważalne na wszystkich etapach choroby – niezależnie od czasu jej trwania (Hooley, 2010). Osoby chorujące na schizofrenię mierzą się bardzo często z niemożnością samodzielnego życia. Brakuje im podstawowego poczucia bezpieczeństwa. Przejawiają wyraźne deficyty w rozpoznawaniu i nazywaniu swoich potrzeb (Ciałkowska-Kuźmińska i Kiejna, 2012). Rzadko uzyskują wyższe wykształcenie (Ganguly, Soliman i Moustafa, 2016).

2018) - w Polsce chorujący na schizofrenię są przeważnie osobami z wykształceniem średnim (59%) (Kiejna, Piotrowski i Adamowski, 2014).

Istotnym, lecz często pomijanym tematem w zakresie badań dotyczących życia społecznego osób chorujących na schizofrenię, jest ich samodzielność. Brak wsparcia rodzinnego pozostaje istotnym wskaźnikiem gorszego radzenia sobie w sytuacjach społecznych (Dziwota, Stepulak Włoszczak-Szubzda i Olajossy, 2018). Jest to o tyle zrozumiałe, że osoby ze schizofrenią cechuje zwykle niska umiejętności dbania o samych siebie (Rus-Calafell, Gutierrez-Maldonado, Ribas-Sabate i Lemos-Giraldez, 2014). Dotychczas nie przeprowadzono badań dotyczących sytuacji odmiennej – gdy w codziennych trudnościach chorujący są wyręczani przez swoich najbliższych, co może prowadzić do powstawania wyuczonej bezradności (np. Chovil, 2005). Jest to tym bardziej istotne, że reakcje rodzin na chorobę jednego z jej członków mogą być bardzo różne i polegać na wspieraniu, współczuciu, ignorowaniu czy dezorientacji (Masoumi, Shafaroodi i Razvan, 2018).

Innym ważnym czynnikiem, wskazującym na gorsze radzenie sobie w sytuacjach społecznych przez chorujących, okazuje się być wzmożone nasilenie symptomów negatywnych. Są one istotniejszym predyktorem zaburzeń funkcjonowania psychospołecznego niż niskie poczucie własnej skuteczności. z tego powodu w ramach prowadzonej terapii istotnym jest, by w pierwszej kolejności skupić się na leczeniu symptomów negatywnych, a dopiero później proponować terapię ukierunkowaną na relacje interpersonalne (Pratt, Mueser, Smith i Lu, 2005). Jest to związane przede wszystkim z tym, że ten typ objawów prowadzi zwykle do znacznego wycofania i preferowania unikania sytuacji, w których dochodzi do nawiązywania kontaktów z innymi ludźmi.

Pacjenci często spotykają się z niezrozumieniem swojej choroby przez innych ludzi (Zalewski, 2001; Erenc i Pankiewicz, 2005). Trudno określić jednak, na ile jest to stan faktyczny, a na ile wynik zaburzonej percepcji rzeczywistości przez pacjentów, cierpiących na urojenia ksobne lub prześladowcze (Kucharska-Pietura, 2008). Niewątpliwie jednak odczuwanie tego typu symptomów prowadzi do wzmożonego lęku i wycofywania się z relacji interpersonalnych (i tym samym do nasilania objawów negatywnych choroby).

Ponadto jednym z istotnych czynników, które – oprócz objawów chorobowych – pogłębiają trudności w codziennym funkcjonowaniu w zakresie społecznym i zawodowym, są zaburzenia procesów poznawczych (Bhandari, Alemsungla i Pradeep,

2013). Dysfunkcje poznawcze sprawiają, że pogorszeniu ulegają zdolności związane z rozwiązywanie problemów w zakresie relacji międzyludzkich (Hatashita-Wong i in., 2010).

Objawy chorobowe (a zwłaszcza występowanie symptomów negatywnych) oraz zaburzenia procesów poznawczych pozostają w wyraźnej zależności z funkcjonowaniem społecznym i zawodowym osób chorujących na schizofrenię. Przekłada się to na trudności w zakresie samodzielnego funkcjonowania – w tym również najprawdopodobniej w sferze ekonomicznej, finansowej.

2.3. Funkcjonowanie ekonomiczne w schizofrenii

W poprzednich rozdziałach wielokrotnie odnoszono się do trudności z jakimi zmagają się osoby chorujące na schizofrenię. Zwracano uwagę na cierpienie związane z objawami chorobowymi i zaburzeniami funkcjonowania poznawczego. Podniesiony został temat dominacji "oddolnego" układu nagrody nad "odgórnym" układem nagrody i konsekwencji tego zjawiska w postaci tendencji do nagłych, nieprzemyślanych i często irracjonalnych decyzji. Wskazano na znacznie ograniczone fundusze pacjentów schizofrenicznych i problemy z funkcjonowaniem w sferze zawodowej i społecznej. Opisane powyżej problemy w znacznej mierze mogą pozostawać w zależności z funkcjonowaniem ekonomicznym osób chorujących na schizofrenię.

Samo pojęcie "funkcjonowania ekonomicznego" jest bardzo obszerne. w kontekście trudności, z którymi mierzą się na co dzień chorujący, zwrócono uwagę na jego kilka istotnych sfer. Należą do nich: źródła utrzymania, zakres aktywności ekonomicznej, zachowania zakupowe i podejmowanie decyzji konsumenckich (dysponowanie zasobami materialnymi), kompetencje finansowe, charakterystyki funkcjonowania finansowego i postawy wobec zachowań finansowych.

2.3.1. Źródła utrzymania, dysponowanie zasobami materialnymi

Osoby chorujące na schizofrenię zwykle zaczynają chorować około dwudziestego siódmego roku życia (Frith i Johnstone, 2012). Jest to wiek uśredniony, zatem duża grupa osób choruje znacznie wcześniej (zwłaszcza mężczyźni), często nie mając realnej możliwości przepracowania wymaganych w Polsce lat z opłacaniem składek na ubezpieczenie społeczne. Wówczas osoby chorujące na schizofrenię, często niezdolne do podjęcia jakiegokolwiek pracy (ze stosownym orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności),

pozostają bez środków do życia. w przypadku osób chorujących na schizofrenię renta wynosi przeciętnie ok. 750 złotych (Kiejna, Piotrowski i Adamowski, 2014).

W innych krajach renty otrzymywane przez chorujących są znacznie wyższe. w Belgii jest to średnio ekwiwalent 2100 złotych, Francji – 2600 złotych, Brazylii – 2200 złotych. Wyjątkowo dużo pieniędzy przekazywanych jest chorującym w Szwajcarii, w Kantonie Genewa – ekwiwalent ok. 14 000 złotych. Wysokość renty jest tam obliczana według specjalnego algorytmu określającego realne potrzeby osoby chorującej (np. tego, czy dana osoba mieszka z rodziną, czy sama). Pacjenci dostają mieszkania socjalne, a z pieniędzy otrzymanych w ramach renty opłacają raty za nie. Widoczny jest tutaj walor nie tylko pomocy socjalnej, ale także edukacyjny i umożliwiający branie odpowiedzialności za samego siebie (Huguelet i in., 2008).

Zainteresowanie badaczy dysponowaniem zasobami materialnymi przez chorujących na schizofrenię jest znikome. Przeprowadzono liczne badania dotyczące podejmowania pracy zarobkowej (np. Bell i Lysaker, 1997; Bell, Lysaker i Bryson, 1997; Waghorn, Chant i King, 2007; Honkonen i in., 2007; Haslam i in., 2008, Twamley i in., 2008), jednak zdecydowanie mniej publikacji traktuje o samym wykorzystywaniu pieniędzy w codziennym życiu.

Opisane wcześniej trudności ze zdobywaniem pieniędzy, niskie renty, i równocześnie znaczne osłabienie umiejętności poznawczych, odczuwanie objawów choroby – wszystko to zdaje się wskazywać na znaczne trudności w gospodarowaniu własnymi finansami i zubożenie kompetencji finansowych. Jedną z nielicznych publikacji traktujących o tym zagadnieniu, jest praca Marsona, Savage'a i Phillips (2006). Skupiono się w niej na radzeniu sobie z finansami wśród osób cierpiących na schizofrenię i chorobę afektywną dwubiegunową. Wśród opisywanych umiejętności finansowych wymieniono: proste umiejętności finansowe, przeprowadzanie transakcji finansowych, przeprowadzanie transakcji za pomocą przekazów pieniężnych i czeków, opłacanie rachunków, prowadzenie budżetu domowego, korzystanie z przedstawiciela (pomocnika) finansowego, wcześniejsze problemy związane z pieniędzmi. Artykuł ten nie przedstawia jednak wyników konkretnych badań i skupia się raczej na rozważaniach autorów, które nie są podparte rezultatami empirycznymi.

Huguelet i in. (2008) zwrócili uwagę na to, że samodzielne gospodarowanie finansami pozwala chorującym na schizofrenię na "przyzwoite życie". Warto mieć tu jednak na uwadze, że badanie przeprowadzono w Szwajcarii, gdzie system świadczeń

społecznych jest odmienny od polskiego, a chorujący mogą liczyć na wysokie renty. z tego powodu trudno jest porównywać wyniki uzyskane przez Hugueleta i in. (2008) z wynikami uzyskanymi w polskiej populacji. Jak podają jednak Borrás i in. (2007), w badaniach przeprowadzonych również w Szwajcarii wykazano, iż chorujący na schizofrenię przejawiali wzmożoną skłonność do wydawania pieniędzy na substancje uzależniające (alkohol, papierosy, marihuanę). Ze środków dedykowanych na własny użytek aż 72% przeznaczano na używki. Niezależnie od uzyskiwanych finansów i udzielanego wsparcia, osoby chorujące na schizofrenię przejawiają skłonności do tego, by ulegać pokusom związanym z substancjami uzależniającymi. Można to tłumaczyć chociażby nadmierną aktywacją układu mezo limbicznego przy osłabieniu okolic przedczołowych.

2.3.2. Podejmowanie decyzji konsumenckich i kompetencje finansowe

Podejmowanie decyzji konsumenckich jest bardzo złożonym procesem, w którym istotną rolę odgrywają czynniki emocjonalne (Achar i in., 2016), motywacyjne (np. Durmaz, Diyarbakırloğlu, 2011), poznawcze (np. Bartels i Johnson, 2015) oraz społeczno-kulturowe (np. Yang, 2016). Podejmowanie decyzji w sytuacji robienia zakupów wymaga sprawnego działania funkcji wykonawczych, a te z kolei – efektywności takich procesów jak uwaga, pamięć operacyjna, hamowanie reakcji automatycznych.

Podejmowanie decyzji konsumenckich jest silnie powiązane z mechanizmami wrodzonymi, które opisywane są przez badaczy zajmujących się psychologią ewolucyjną (Foxall, 2010). Wymieniane są tu dwa procesy: bardziej pierwotne (natychmiastowa konsumpcja) i bardziej złożone (przełamanie impulsywności). Te pierwsze dominowały w okresie przedrolniczym, gdy szybkie spożycie zdobytego pożywienia zapewniało przetrwanie. Powstawanie osad, pierwszych hodowli doprowadzało do wykraczania poza teraźniejszość, co wymagało wykorzystania bardziej złożonych funkcji – funkcji wykonawczych. Było to możliwe dzięki rozwojowi zdolności samokontroli i hamowania reakcji pierwotnych (emocjonalnych, popędowych). Procesy opisane przez Foxalla przypominają dwa style zarządzania finansami – holistyczny i analityczny (Prochaska-Cue, 1993).

Zarówno podejmowanie decyzji konsumenckich jak i style zarządzania finansami określone są dwuwymiarowo. Wymiary te Wąsowicz-Kiryło (2013) określa jako finansową perspektywę temporalną ukierunkowaną na teraźniejszość i na przyszłość. Jest

to także spójne z opisanymi przez Kahnemana (2012) dwoma trybami myślenia, opisanymi jako System 1 i System 2.

System 1 charakteryzuje pewna automatyczność, szybkość podejmowania decyzji, wkładanie małego wysiłku w działanie i zwykle brak świadomej kontroli. System 2 można określić jako refleksyjny, wykorzystujący funkcje uwagi. Na poziomie neuronalnym ta dychotomia znajduje pewną analogię w „odgórnym” i „oddolnym” układzie nagrody (Stahl, 2010) (por. tabela 2.)

Tabela 2: Wskaźniki w dychotomicznym ujmowaniu podejmowania decyzji konsumenckich

<i>Wskaźniki</i>	Decyzje konsumenckie	
	Bezrefleksyjne	Refleksyjne
<i>System</i>	System 1	System 2
<i>Układ nagrody</i>	"Oddolny" Reaktywny	"Odgórny" Refleksyjny
<i>Struktury neuronalne</i>	Jądro połączone Brzuszne pole nakrywki Ciało migdałowe	Kora czołowa
<i>Funkcje poznawcze</i>	Słabo zaangażowane, działanie zgodnie z "zasadą przyjemności"	Wzmoczone zaangażowanie uwagi, pamięci operacyjnej, hamowania reakcji automatycznych, funkcji wykonawczych
<i>Styl zarządzania finansami</i>	Holistyczny	Analityczny
<i>Finansowa perspektywa temporalna</i>	Ukierunkowana na teraźniejszość	Ukierunkowana na przyszłość

Opracowanie własne

W podejmowaniu decyzji konsumenckich istotną rolę odgrywa funkcjonowanie wzrokowo – przestrzenne, w tym uwaga wzrokowo-przestrzenna. Badania z użyciem metody eye-tracking wskazują na to, że podczas wybierania produktów spożywczych konsumenci największą wagę przywiązują do wyglądu opakowań (np. kolorów) (Clement, Kristensen i Grønhaug, 2013). Miloslavjevic i in. (2011) przekonują, iż podczas dokonywania szybkich decyzji w trakcie zakupów czynniki wizualne (opakowania) odgrywają rolę większą aniżeli pierwotne preferencje. w nomenklaturze używanej przez Kahnemana (2012) można powiedzieć, że System 1 dominuje wówczas

nad Systemem 2. w kontekście rozumienia Systemu 1 jako bardziej pierwotnego (mezo limbicznego) pozostaje to spójne z badaniami Lindberg i in. (2013), w których ukazano, że w przypadku wyboru produktów spożywczych czynniki emocjonalne odgrywają istotną rolę – dużo większą niż cena.

Kolejną ważną funkcją w podejmowaniu decyzji konsumenckich jest pamięć operacyjna. Lu, Chen i Wang (2014) wskazują na to, że osoby, u których silnie obciążana jest pamięć operacyjną mają skłonność do wybierania produktów kojarzących się z przyjemnością – np. jedzenie na grilla, alkohol. Do podobnych wniosków doszli Rottenstreich, Sood i Brenner (2007), którzy zauważyli, że robienie zakupów bez wcześniejszego przygotowania zwiększa podatność na tryb myślenia oparty na Systemie 1. Predysponuje to do podejmowania decyzji nagłych, nieprzemyślanych. Tymczasem zwiększenie roli pamięci operacyjnej w czasie zakupów (np. poprzez używanie listy produktów) daje pierwszeństwo Systemowi 2, co prowadzi do zwiększenia kontroli i bardziej refleksyjnych zachowań konsumenckich.

W kontekście powyższych badań istotną funkcją poznawczą w czasie dokonywania wyborów podczas zakupów jest również hamowanie automatycznych reakcji. To jeden z mechanizmów związanych z uwagą, który pozwala na zatrzymanie dotychczasowego zachowania i rozpoczęcie nowego (Tang i in., 2015). Może mieć on istotne znaczenie w procesie podejmowania decyzji konsumenckich, co widoczne jest chociażby w badaniach nad impulsywnymi zakupami (np. Dell’Osso i in., 2008; Hubert i in., 2013).

Wymienione funkcje odgrywają ważną rolę w prawidłowym działaniu tzw. funkcji wykonawczych (Rostowski, 2012; Jodzio, 2011). Liczne badania wskazują na znaczne osłabienie tych funkcji wśród osób chorujących na schizofrenię (np. Borkowska i Rybakowski, 2005; Kałwa, Rzewuska i Borkowska, 2012; Marczewski, Linden i Larøi, 2001; Barch, Csernansky, Conturo i Snyder, 2002; Puig i in., 2012). Podejmowanie decyzji *per se* jest zależne od sprawnego działania funkcji wykonawczych, które wśród pacjentów chorujących na schizofrenię pozostają znacznie upośledzone (np. Dąbkowska, 2007).

Biorąc pod uwagę opisaną wcześniej skłonność do zachowań impulsywnych w ramach gospodarowania pieniędzmi wśród osób chorujących, zasadnym wydaje się łączenie podłoża neurobiologicznego (układ nagrody) z opisanymi przez Prochaskę-Cue (1993) dwoma stylami zarządzania finansami – holistycznym i analitycznym. Styl holistyczny charakteryzuje osoby, które zakupy robią w sposób impulsywny, bez

planowania, trudności finansowe rozwiązują bez uzyskiwania niezbędnych informacji. Styl ten wydaje się być powszechny u osób, u których większej aktywacji podlega „oddolny” układu nagrody. Styl analityczny natomiast odnosi się do ludzi, którzy planują swoją wydatki i budżet, są skoncentrowane na swoich finansach („odgórny” układ nagrody).

Schlagenhauf i in. (2007) zauważyli istotne zmiany w aktywacji układu nagrody u osób chorujących na schizofrenię i leczonych lekami przeciwpsychotycznymi – w porównaniu do osób, które nie chorowały na schizofrenię. Prawdopodobne wydaje się zatem, że osoby chorujące na schizofrenię będą charakteryzowały się również odmiennym stylem zarządzania finansami od osób niechorujących. Biorąc pod uwagę opisaną wcześniej nadmierną aktywność układu dopaminergicznego oraz dominację „oddolnego” układu nagrody nad „odgórnym” można przypuszczać, że pacjenci będą przejawiali skłonność do impulsywności w gospodarowaniu finansami, a także będą cechowali się deficytami w zakresie odraczania natychmiastowej gratyfikacji.

Nie bez znaczenia dla zachowań zakupowych pozostają również symptomy chorobowe. Halucynacje mogą być znacznym dystraktorem, który utrudnia lub uniemożliwia sprawny przebieg procesów związanych z podejmowaniem racjonalnych decyzji – chociażby w związku z odczuwaniem bardzo silnego lęku. Inne objawy, jak zdeorganizowane myślenie i zachowanie, również mogą poważnie wpływać na podejmowanie decyzji konsumenckich. Wynika to przede wszystkim z braku wglądu i oderwania od otaczającej rzeczywistości.

2.3.3. Charakterystyki funkcjonowania finansowego

Wśród osób chorujących na schizofrenię wyraźne jest znaczna degradacja i zaburzenia funkcji poznawczych. Podejmowane zachowania mogą być często "dziwaczne" lub znacznie ograniczone (np. w związku z występowaniem symptomów negatywnych). Przejawianie racjonalnych aktywności związanych z funkcjonowaniem ekonomicznym jest niemal niemożliwe wśród osób, które pozostają żywo urojeniowe. Obejmują one bowiem niemal cały otaczający świat chorego. Dla osoby, która przeżywa urojenia prześladowcze wyjście na zakupy do sklepu staje się przeżyciem zagrażającym, które wiąże się z poczuciem bycia obserwowanym, śledzonym. Korzystanie z usług bankowych, gdzie wymagane jest udzielanie informacji o danych personalnych, również może podlegać interpretacji urojeniowej.

Istotne pozostaje również specyficzne działanie układu nagrody wśród osób chorujących. Może bowiem prowadzić do tego, że w sytuacjach wymagających podejmowania racjonalnych, przemyślanych decyzji, pacjenci będą mieli skłonność do zachowań impulsywnych, ukierunkowanych na uzyskanie szybkiej gratyfikacji. Tendencje tego typu mogą wiązać się z poważnymi konsekwencjami – prawnymi (np. w związku z niespłacaniem kredytów), społecznymi (izolacja, wpadanie w większą zależność finansową), finansowymi (brak funduszy na podstawowe potrzeby), emocjonalnymi (stres w związku z brakiem pieniędzy).

Z opisanych powyżej przyczyn istotnym jest zwrócenie uwagi na to, jakie cechy funkcjonowania finansowego charakteryzują osoby chorujące. Charakterystyki funkcjonowania finansowego (CFF) wyróżnione zostały przez Wąsowicz-Kiryło (2013); służą one opisowi cech, które zidentyfikować można u ludzi w kontekście ich codziennych aktywności związanych z pieniędzmi. w niniejszej rozprawie skupiono się na części z opisanych przez autorkę charakterystyk, a ich wybór uzasadniono poniżej.

Pierwszą z nich jest postawa wobec podejmowania ryzyka finansowego. Jak podaje Wąsowicz-Kiryło (2013), podejmowanie ryzyka w decyzjach konsumenckich opiera się na wielu subiektywnych przesłankach, które pozostają podatne na zniekształcenia poznawcze. Występujące u osób chorujących na schizofrenię objawy są podyktowane zniekształceniami o takim nasileniu, że często powodują skrajne oderwanie od rzeczywistości, co najpewniej przekłada się również na podejmowanie ryzyka finansowego. Dotychczasowe badania wskazują na to, że pacjenci z reguły przejawiają skłonność do bardziej ryzykownych zachowań w procesie podejmowania decyzji (np. Pedersen i in., 2017), jednak nie przeprowadzono jeszcze badań dotyczących konkretnie decyzji finansowych.

Kolejnymi cechami funkcjonowania finansowego są finansowe perspektywy temporalne. Pierwsza z nich opisywana jest jako nastawiona na teraźniejszość. Charakteryzuje ona osoby, które przejawiają skłonności do zaspokajania swoich doraźnych potrzeb. Takie nastawienie może wynikać z trudności z odraczaniem gratyfikacji i motywacjami hedonistycznymi lub też z lęku przed przyszłością. Druga z perspektyw temporalnych, ukierunkowana na przyszłość, cechuje ludzi, którzy są skłonni do długotrwałego oczekiwania na osiągnięcie swoich celów finansowych, mają większe poczucie kontroli w kwestiach ekonomicznych. Biorąc pod uwagę dotychczasowe badania nad znacznie osłabioną umiejętnością odraczania przyjemności

(osłabienie "refleksyjnego" układu nagrody), odczuwanie bardzo silnego lęku w sytuacjach codziennych można przypuszczać, że wśród osób chorujących na schizofrenię dominującą będzie finansowa perspektywa temporalna ukierunkowana na teraźniejszość.

Następną wybraną charakterystyką funkcjonowania finansowego jest refleksyjność decyzji finansowych. Jest ona silnie związana ze sprawnością procesów poznawczych. Wąsowicz-Kiryło (2013) utożsamia refleksyjność decyzji finansowych z opisanymi przez Prochaskę-Cue (1993) dwoma stylami zarządzania finansami – analitycznym i holistycznym. Refleksyjność decyzji finansowych jest cechą przeciwną do impulsywności. Wśród osób chorujących na schizofrenię można spodziewać się, że z uwagi na osłabienie funkcjonowania poznawczego oraz obniżoną skłonność do odraczania gratyfikacji, refleksyjność decyzji finansowych może być znacznie ograniczona.

Kolejną opisywaną przez Wąsowicz-Kiryło cechą jest umiejscowienie kontroli finansowej. Jest to cecha, która wskazuje na to, w kim (lub czym) osoba postrzega sprawczość i skuteczność podejmowanych decyzji finansowych. Jest ona wyrażana poprzez wewnętrzne i zewnętrzne umiejscowienie kontroli finansowej. Pierwsze z nich dotyczy osób, które są pewne podejmowanych przez siebie decyzji, motywują je własnymi przekonaniem, które oparte są zwykle na racjonalnych przesłankach. Zewnętrzne *locus* kontroli finansowej charakteryzuje ludzi, którzy uważają, że to od innych osób, okoliczności (lub też przypadku) zależy powodzenie (lub jego brak) w sprawach ekonomicznych. Biorąc pod uwagę to, że osoby chorujące na schizofrenię cierpią często z powodu objawów, które wskazują na poznawcze ukierunkowanie na innych (urojenia ksobne, prześladowcze, halucynacje wszelkich modalności), odczuwają znacznie wzmożony lęk a ich zasoby poznawcze są ograniczone, można spodziewać się, że będą się one charakteryzowały bardziej zewnętrznym poczuciem kontroli finansowej. Longitudinalne badania Harrow, Hansford i Astrachan-Fletcher (2009) donoszą, że wśród osób chorujących na schizofrenię umiejscowienie kontroli jest skierowane zewnętrznie, gdy pacjenci odczuwają mocno nasilone objawy pozytywne i negatywne. Osoby z wewnętrznym *locus* mają większą szansę na powrót do zdrowia. Niemniej jednak dotychczas nie przeprowadzono badań nad poczuciem kontroli w zakresie finansowym u osób chorujących na schizofrenię.

Opisane powyżej cechy funkcjonowania finansowego są ważnymi wskaźnikami

codziennego funkcjonowania w sferze ekonomicznej. Są zależne od indywidualnych predyspozycji osobowościowych, poznawczych, społecznych, emocjonalnych. Przeprowadzone dotychczas badania, dotyczące chorujących na schizofrenię, wskazują na wyraźne zaburzenia w powyższych sferach. Można zatem przypuszczać, że równie zaburzone będą charakterystyki związane z funkcjonowaniem finansowym. Biorąc pod uwagę przeważnie występujące u osób ze schizofrenią bardzo niskie dochody, ograniczenia wynikające z charakterystyk funkcjonowania finansowego będą dodatkową przeszkodą w radzeniu sobie w sferze ekonomicznej. Jak wspomniano jednak wcześniej, dotychczas nie przeprowadzono podobnych badań, a przypuszczenia w tym temacie wymagają potwierdzenia empirycznego.

2.3.4. Postawy wobec zachowań finansowych oraz rozumienie koncepcji pieniądza

Dotychczas nie przeprowadzano również badań na temat postaw wobec zachowań finansowych wśród osób chorujących na schizofrenię. Postawy wobec zachowań finansowych mają swój komponent poznawczy, behawioralny i emocjonalny. Komponent poznawczy wynika z norm społecznych, dotyczy przekonań, preferencji jednostki odnośnie do poszczególnych zachowań finansowych. Komponent behawioralny dotyczy konkretnych zachowań, ich podejmowania lub unikania. z kolei komponent emocjonalny decyduje o reakcjach afektywnych (Wąsowicz-Kiryło, 2013).

Wąsowicz-Kiryło (2013) wymienia postawy wobec siedmiu zachowań finansowych. Pierwszą z nich jest postawa wobec korzystania z usług bankowych. Dotyczy tego, w jaki sposób ludzie myślą o swoich związkach z bankami, czy mają skłonności do delegowania do tego innych. Wiąże się to zarówno z unikaniem jak i podejmowaniem tego typu aktywności, a także z odczuwaniem pozytywnych i negatywnych odczuć wynikających z tych doświadczeń. z uwagi na to, że osoby chorujące na schizofrenię cierpią z powodu doznawania różnorodnych objawów (zarówno pozytywnych jak i negatywnych), można przypuszczać, że będą miały skłonność do odczuwania silnego lęku, a co za tym idzie – do unikania banków. Niemniej jednak, możliwym jest również to, że doznawane urojenia będą prowadziły do nadmiernego i szkodliwego dla pacjentów korzystania z usług bankowych.

Następna z postaw dotyczy korzystania z pieniądza bezgotówkowego. Odnosi się do ona do przekonań, zachowań i emocji związanych z używaniem elektronicznych form płatności (tj. kart kredytowych, debetowych, polecenia zapłaty itd.). Pomimo braku badań

nad tego typu aktywnościami wśród chorujących na schizofrenię, można przypuszczać, że pacjenci mogą podejmować dwojakie zachowania. Pierwsze z nich będą nastawione na unikanie (w związku z lękiem). Drugie z kolei może być związane z nadmiernym wykorzystywaniem pieniędzy bezgotówkowych, co wynikać może z zaburzeń układu nagrody i skłonności do zachowań bezrefleksyjnych, ukierunkowanych na natychmiastową gratyfikację. w jednym z poradników dla rodzin osób chorujących na schizofrenię (Kidd, Velligan i Maples, 2017) znajduje się nawet sugestia, by ukrywać karty płatnicze przed chorymi członkami rodziny. Co istotne, zrozumienie natury pieniądza bezgotówkowego wymaga przyjmowania postawy abstrakcyjnej, a ta wśród osób ze schizofrenią jest przeważnie zaburzona (np. Oh, Chun i Kim, 2013). Ponadto używanie np. kart kredytowych czy debetowych może wiązać się ze skłonnością do wydawania większych sum pieniędzy (np. Shah, Malion i Wilson, 2016).

Kolejna postawa dotyczy zaciągania zobowiązań finansowych (kredytów). Związana jest ze sposobem, w jaki jednostka myśli o kredytach, emocjami, które są nimi spowodowane oraz tym, czy w ogóle decyduje się na zaciąganie tego typu zobowiązań. Podobnie jak w przypadku pieniędzy bezgotówkowych, wśród chorujących na schizofrenię najprawdopodobniej dochodzić będzie do zachowań skrajnych – unikania pobierania jakichkolwiek kredytów lub też do nadmiernego korzystania z tego typu usług. Najprawdopodobniej do unikania dochodzić będzie wśród pacjentów z przewagą objawów negatywnych i takich, u których występuje wyraźne spowolnienie funkcji poznawczych (osoby o takich charakterystykach cechują się zwykle słabszymi umiejętnościami społecznymi i są rzadziej aktywne zawodowo). Nadmierne zaciąganie pożyczek może z kolei dotyczyć pacjentów ze skłonnościami do podejmowania działań impulsywnych, z ograniczoną zdolnością do odraczania gratyfikacji.

Następna z postaw odnosi się do przekonań, reakcji afektywnych i behawioralnych wobec oszczędzania pieniędzy. Jest to aktywność wymagająca skupienia się na przyszłości, umiejętności odraczania gratyfikacji. Co istotne, wymaga również tego, by mieć jakiekolwiek środki, które mogą być odkładane na późniejszy czas. Tymczasem wśród chorujących na schizofrenię, w związku ze zmianami w obrębie struktur mózgowia (kora przedczołowa) dochodzi zwykle do zaburzeń "odgórnego" (refleksyjnego) układu nagrody. Ponadto, jak pisano już we wcześniejszych rozdziałach, są to przeważnie osoby, które utrzymują się z rent i rzadko pracują zawodowo. w związku z ograniczeniami finansowymi mogą zatem nie mieć możliwości, by oszczędzać. Do podobnych wniosków można dojść w przypadku postaw wobec inwestowania. Te z kolei

dotyczą preferencji, zachowań i emocji związanych z lokowaniem funduszy, np. w lokatach, papierach wartościowych, nieruchomościach itd.

Postawa wobec ubezpieczania siebie i/lub swojego mienia związana jest z przekonaniami na temat ochrony zdrowia, życia, majątku. Wiąże się ona z antycypowaniem pewnego możliwego niebezpieczeństwa i posiadaniem środków do tego, by dokonać pewnych zabezpieczeń finansowych. w związku z różnorodnością doznawanych objawów, ze skłonnościami do posiadania temporalnej perspektywy nastawionej na teraźniejszość, niskimi dochodami można spodziewać się raczej negatywnego stosunku osób chorujących na schizofrenię do ubezpieczeń.

Ostatnia z opisywanych postaw dotyczy podatków. Podobnie jak w przypadku poprzednich postaw wobec zachowań finansowych, dotychczas nie przeprowadzano badań empirycznych wśród osób chorujących na schizofrenię. Możliwym jest jednak, że dysfunkcje poznawcze oraz tendencje do zachowań impulsywnych będą współwystępowały z bardziej negatywnym nastawieniem do podatków. Nie można również wykluczyć tego, że osoby z tendencją do urojeniowej (paranoicznej) interpretacji rzeczywistości będą mniej przychylnie nastawione do podatków, traktując je jako przejaw represji i nacisku ze strony państwa, rządu, „systemu” itd. Obecnie jednak interpretacje tego rodzaju pozostają w sferze hipotez, które dotychczas nie podlegały badaniom empirycznym.

W kontekście postaw dotyczących różnorodnych zachowań finansowych istotną rolę odgrywa to, w jaki sposób osoby badane postrzegają pieniądze. Gąsiorowska (2014) proponuje dwuwymiarowy model postaw wobec pieniędzy. Odnoszą się one do przekonań o symbolicznej naturze pieniędzy i do instrumentalnego nastawienia na zarządzanie pieniędzmi. Symboliczny wymiar charakteryzuje się przypisywaniem pieniądзом cech pozytywnych (np. dobro, sukces, prestiż) lub negatywnych (np. zło, niepokój, zniewolenie). z kolei wymiar instrumentalny można opisać jako związany z konkretnym wykorzystaniem posiadanych finansów (np. kontrola finansowa, niechęć do zobowiązań, oszczędzanie itd.). Dotychczas nie przeprowadzano badań nad tym, jakie postawy wobec pieniędzy prezentują osoby chorujące na schizofrenię. Niemniej jednak zaburzenia myślenia abstrakcyjnego, problemy z odraczaniem gratyfikacji, upośledzenie poznawcze mogą sugerować, że u tych osób przeważać będą tendencje do instrumentalnego traktowania pieniędzy.

Rozdział 3. Oddziaływania terapeutyczne w schizofrenii

3.1. Sposoby leczenia schizofrenii

Najbardziej popularną formą leczenia schizofrenii jest farmakoterapia. Pozostałymi stosowanymi oddziaływaniami terapeutycznymi są: psychoterapia, trening zawodowy, suplementacja (np. witaminy D, kwasu foliowego), korzystanie ze wsparcia opiekuna (np. pracownika socjalnego), a także ćwiczenia fizyczne (np. joga) (Ganguly, Soliman i Moustafa, 2018). Podjęcie odpowiedniego leczenia jest o tyle istotne, że w przeciągu pierwszych lat chorowania na schizofrenię 2/3 pacjentów nie uzyskuje remisji objawowej. Charakteryzuje ich znacznie gorsze funkcjonowanie społeczne od osób zdrowych i pacjentów niedoświadczających objawów. Nasilenie symptomów choroby koreluje ujemnie z dobrym funkcjonowaniem społecznym i satysfakcją z życia (Górna i in., 2014). Skorupska-Król i Oskędra (2014) dodają, że istotnymi czynnikami są tu nie tylko same objawy, ale również korzystanie z rehabilitacji psychiatrycznej i wiek pacjentów (lepsze rokowania dla osób leczących się i młodszych).

Przez wiele lat w psychiatrii dominowało przekonanie o tym, że leczenie schizofrenii powinno opierać się wyłącznie na hospitalizacji i farmakoterapii (Kowalik, 2008). Prowadziło to między innymi do braku ekspozycji na codzienne stresory, np. związane z robieniem zakupów, opłacaniem rachunków, podejmowaniem pracy itd. Powodowało to przede wszystkim niemożność obcowania z codziennymi trudnościami, a tym samym prowadziło do dalszego pogłębiania niepełnosprawności. Tymczasem proces leczenia osób chorujących służy przede wszystkim ich powrotowi do życia społecznego – w tym do skutecznego i bezpiecznego funkcjonowania w sferze ekonomicznej.

Wraz z pojawianiem się coraz liczniejszych badań i uznaniem pacjentów psychotycznych za osoby niepełnosprawne (choćby w zakresie funkcjonowania społecznego) stwierdzono, że ich leczenie winno być uzupełnione o dodatkowe oddziaływania terapeutyczne (Kowalik, 2008). z uwagi na to, że niepełnosprawność rozumiana jest do dzisiaj poprzez deficyty w codziennym funkcjonowaniu (Ganguly, Soliman i Moustafa, 2018; Dz.U. 1997 Nr 123 poz. 776), ich rehabilitacja opierała się na niwelowaniu braków.

Dopiero od przełomu XX i XXI wieku zaczęły powstawać protokoły terapeutyczne w ramach psychoterapii poznawczo-behawioralnej (CBT), których

stosowanie przynosiło realną poprawę funkcjonowania osób chorujących. Za najważniejszy czynnik uznawane jest stworzenie i pielęgnowanie bezpiecznej i pełnej szacunku relacji terapeutycznej. Konkretnie oddziaływania skupiają się na pracy z objawami i psychoedukacji. w przypadku omamów i urojeń celem terapii jest zmniejszanie cierpienia związanego z ich odbiorem za pomocą wdrażania technik behawioralnych (np. praca nad tzw. „zachowaniami zabezpieczającymi”) i poznawczych (np. praca nad przekonaniami na temat objawów). U pacjentów, którzy doświadczają objawów negatywnych, istotna jest ocena tego, czy są one objawami pierwotnymi, czy też wtórnymi (np. w związku z działaniem sedatywnym neuroleptyków lub służą jako „zachowania zabezpieczające” wobec urojeń i omamów). w drugim przypadku leczenie polega na ekspozycji *in vivo* i przypomina pod tym względem leczenie lęku panicznego. Objawy negatywne pierwotne wymagają innych oddziaływań – przede wszystkim ponownego zaangażowania w codzienne funkcjonowanie. Służą temu przede wszystkim techniki poznawcze skupione na restrukturyzacji przekonań na temat możliwości odczuwania przyjemności, stygmatyzacji społecznej, własnych zasobów. w zaburzeniach myślenia zaleca się z kolei ograniczanie wypowiedzi pacjenta, gdy ten zaczyna np. stosować neologizmy. Ważną rolę odgrywa tu edukowanie pacjentów. Niezależnie od tego, nad jakimi objawami pacjent pracuje z terapeutą, zawsze służy to poprawie jego codziennego funkcjonowania (Beck i in., 2010).

Ciekawą formę leczenia opartego na oddziaływaniach behawioralnych proponuje terapia w społeczności asertywnej (ang. *assertive community treatment*), która powstała jako odpowiedź na słabe przystosowanie do życia społecznego wśród pacjentów psychiatrycznych, którzy opuszczali oddziały szpitalne. Wykazano bowiem, że odpowiednia diagnostyka problemów, edukowanie chorujących i zapewnianie wsparcia w codziennych trudnościach przynoszą satysfakcjonujące efekty. w pracy terapeutycznej za najbardziej istotne uznano oddziaływania *in vivo*, skupione na zdecydowanych poczynaniach praktycznych związanych z codziennym życiem np. z problemami mieszkaniowymi, finansowymi, komunikacyjnymi, zakupowymi, urzędowymi czy w komunikacji. Leczenie wymaga współpracy zespołu specjalistów – psychologów, psychiatrów, terapeutów, pracowników socjalnych. Ważną cechą tego typu oddziaływań jest zaangażowanie zespołu i ich stała dostępność. Pierwotnie zakładano, że pozostawanie pod opieką społeczności asertywnej może trwać nawet do końca życia pacjenta. Niemniej jednak głównym celem terapii jest doprowadzenie do samodzielności osób chorujących

(Bond i Drake, 2015).

Pomimo pojawienia się nowych oddziaływań, stosowanie farmakoterapii pozostaje nieodzowne (Beck i in., 2010). Za najistotniejszy czynnik przy wyborze leków przez psychiatrów uznaje się ich wpływ na funkcjonowanie poznawcze. Jest to związane z tym, że niektóre z leków stosowanych w schizofrenii mogą nieść za sobą negatywne skutki dla procesów kognitywnych, inne zaś mogą je poprawiać (Jarema i in., 2008). Jak pisało już we wcześniejszych rozdziałach, można spodziewać się tego, że zaburzenia procesów poznawczych będą upośledzały funkcjonowanie w sferze ekonomicznej wśród osób chorujących. Temat ten wymaga jednak weryfikacji empirycznej, ponieważ dotychczas nie był poruszany.

3.2. Skuteczność oddziaływań terapeutycznych

Możliwość powrotu do zdrowia wśród chorujących na schizofrenię jest trudna do określenia z uwagi na różnorodność rozumienia tego, czym w ogóle jest zdrowie (np. Heszen i Sęk, 2008). Zarówno model biomedyczny, jak i biopsychospołeczny stają się coraz mniej aktualne w konfrontacji z wyzwaniami współczesności. Zdrowie zaczyna być postrzegane nie tylko jako „brak choroby”, „dobrostan biopsychospołeczny”, ale bardziej jako umiejętność osiągania szczytowych możliwości ciała i umysłu, a nawet ich przekraczania (Wojtyna i Stawiarska, 2013). w kontekście leczenia pacjentów ze schizofrenią temat ten zyskuje na znaczeniu. Chorujący zmagają się bowiem z tym, by uzyskiwać podstawowe umiejętności pozwalające im na codzienne funkcjonowanie i by niwelować objawy. Trudno zatem mówić o osiągnięciu (czy przekraczaniu) stanu „idealnego”, gdy celem staje się codzienna egzystencja. Współczesne rozumienie zdrowia jest ważnym tematem, który powinien być brany pod uwagę, gdy mowa o skuteczności podejmowanego leczenia.

Ocena skuteczności leczenia schizofrenii jest zatem procesem złożonym. w badaniach empirycznych zwykle brana jest pod uwagę poprawa w postaci remisji objawów i lepsze funkcjonowanie społeczne. o ile za pierwszy element odpowiada przede wszystkim farmakoterapia, o tyle w drugim istotną rolę odgrywa praca psychoterapeutyczna oparta na konkretnych trudnościach (Tyszkowska i Jarema, 2014; Vita i Barlati, 2018).

Badania dotyczące skuteczności psychoterapii poznawczej i behawioralnej wskazują na widoczną poprawę w zakresie występowania objawów oraz jakości życia

wśród pacjentów cierpiących na schizofrenię. Najlepsze rezultaty są osiągane przez osoby w pierwszym epizodzie chorobowym (np. Mander i Kingdon, 2015). Badanie Sensky'ego i in. (2000) z zastosowaniem pojedynczej ślepej próby pokazało, że dziewięciomiesięczna psychoterapia poznawczo-behawioralna (połączona z treningiem nabywania umiejętności społecznych) prowadzi do długotrwałej, ok. pięcioletniej poprawy w zakresie występowania objawów negatywnych. Wyniki te są istotne chociażby z uwagi na liczne trudności w leczeniu farmakologicznym tychże objawów. Ponadto, jak napisano wcześniej, objawy negatywne są przeważnie podstawowym czynnikiem ograniczającym podejmowanie pracy zawodowej. Psychoterapia okazuje się być ważną i skuteczną metodą w leczeniu objawów choroby. Telichowska-Leśna (2007) dokonując metaanalizy przeprowadzonych dotychczas badań nad skutecznością psychoterapii poznawczo-behawioralnej wymienia liczne korzyści płynące z tej formy leczenia w zakresie: funkcjonowania społecznego, szybszego powrotu do zdrowia u osób z pierwszym epizodem chorobowym, zmniejszenia nasilenia objawów pozytywnych. Do podobnych wniosków doszły Dopke i Batscha (2014).

W leczeniu objawów wytwórczych kluczowe jest stosowanie leków przeciwpsychotycznych, jednak osoby doświadczające omamów mogą również z dobrym skutkiem korzystać z leczenia niefarmakologicznego. Jedne z pierwszych badań dotyczących skuteczności psychoterapii poznawczo-behawioralnej (CBT) w leczeniu omamów słuchowych zaprezentowali niedawno Aguilar i in. (2018). Pacjenci leczeni za pomocą CBT wykazywali po ukończeniu terapii znaczny spadek aktywności w prawej i lewej części ciała migdałowatego oraz w lewym środkowym zakręcie skroniowym (w badaniu użyto fMRI). Zmiany były trwałe i utrzymywały się przez co najmniej 14 miesięcy. Dla porównania, badanie z użyciem przezczaszkowej stymulacji prądem przemiennym (tACS) wykazały jedynie niewielką poprawę u pacjentów jeśli chodzi o halucynacje słuchowe (Mellin i in., 2018).

Warto zaznaczyć tutaj, że niedawno zakończone badania nad skutecznością terapii opartej na kompleksowej opiece w ramach tzw. społeczności asertywnej wśród osób cierpiących na schizofrenię oraz chorobę afektywną dwubiegunową z objawami psychotycznymi przyniosły satysfakcjonujące rezultaty. Czteroletnie terapia tego typu zmniejszała częstotliwość hospitalizacji psychiatrycznych z ok. 22 do 5 dni rocznie. Znacznemu obniżeniu uległo nasilenie objawów, a także wzrósł poziom jakości życia pacjentów (Schöttle i in. 2018).

Wyniki badań dotyczących skuteczności psychoterapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu symptomów schizofrenii są obiecujące i wskazują na możliwość poprawy w zakresie codziennego funkcjonowania pacjentów – w tym zawodowego i społecznego. Dotychczas nie sprawdzano jednak tego, w jakim stopniu spadek nasilenia objawów przekłada się na zmiany w zakresie funkcjonowania ekonomicznego. z jednej strony może prowadzić do bardziej racjonalnego i opartego na faktach sposobu myślenia, co powinno sprzyjać np. w możliwości podejmowanie szerszego zakresu aktywności ekonomicznej, czy też poprawie kompetencji finansowych. Niemniej jednak warto zauważyć, że początek choroby przypada zazwyczaj na czas, gdy chorujący dopiero zaczynają swoje dorosłe życie (ok. 22 roku życia). Sprawia to, że mogą oni nie mieć realnych możliwości na to, by uzyskiwać doświadczenie w samodzielnym i dorosłym gospodarowaniu pieniędzmi. Tym samym obniżenie nasilenia symptomów schizofrenii nie sprawia, że uzyskają oni odpowiednią wiedzę i wprawę np. w opłacaniu rachunków, czy planowaniu i robieniu zakupów.

Jak zauważyli Tyszkowska i Jarema (2014), przy podjęciu odpowiedniego leczenia możliwe jest uzyskanie satysfakcjonującego stanu zdrowia i jakości życia. Wymaga to między innymi odpowiedniego wsparcia w okresie remisji symptomów, gdy deficyty poznawcze i społeczne są wciąż wyraźne. Pomoc tego typu mogą oferować zespoły leczenia środowiskowego.

3.3. Leczenie środowiskowe w Polsce

W Polsce, w ramach refundacji przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ), podejmowanie oddziaływań terapeutycznych dla pacjentów chorujących na schizofrenię jest możliwe w zespołach leczenia środowiskowego (ZLS). ZLS jest jednostką organizacyjną udzielającą ambulatoryjnych świadczeń dla pacjentów z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi (zaburzenia organiczne, schizofrenia, zaburzenia afektywne, całościowe zaburzenia rozwoju i inne zaburzenia psychiczne – gdy wymagane jest leczenie np. z powodu znacznego upośledzenia funkcjonowania społecznego). w skład zespołu terapeutycznego wchodzi: lekarz psychiatra, psycholog, psychoterapeuta, pielęgniarka i terapeuta środowiskowy. w ramach pracy zespołu udzielane są liczne świadczenia, w tym: porady lekarskie, porady psychologiczne, porady psychologiczne diagnostyczne, sesje psychoterapii indywidualnej, sesje psychoterapii grupowej, sesje psychoterapii rodzinnej, sesje wsparcia psychospołecznego, wizyty środowiskowe

(domowe). Pacjent może uzyskiwać do trzech świadczeń tygodniowo, co daje dość duże możliwości stosowania zróżnicowanych oddziaływań terapeutycznych (Załuska, 2015). Zadaniem zespołów leczenia środowiskowego jest również pomoc rodzinom osób chorujących, a także współpraca z instytucjami (np. ośrodki pomocy społecznej, zakłady aktywizacji zawodowej).

Badania Dziwoty, Stepulaka, Włoszczak-Szubzdy i Olajossy (2018) wskazują na to, że w Polsce wciąż dużym problemem pozostaje wprowadzanie odpowiedniego leczenia środowiskowego, które pozwoliłoby na lepsze funkcjonowanie społeczne wśród chorujących. w leczeniu schizofrenii wciąż przeważa model medyczny, oparty na farmakoterapii. Tymczasem leki pozwalają na zniwelowanie objawów, jednak nie rozwiązują w pełni trudności związanych z umiejętnym wykonywaniem codziennych czynności, samodzielnością, budowaniem satysfakcjonujących relacji interpersonalnych. Podstawą oddziaływań w leczeniu środowiskowym powinno być budowanie poczucia niezależności i podmiotowości wśród chorujących (Bronowski i Chotkowska, 2016).

Dane zawarte w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 (Dz. U. poz. 458) pokazują, że w 2014 roku z leczenia środowiskowego w Polsce korzystało 6432 osób ze schizofrenią, czyli około 3,5% pacjentów z tym rozpoznaniem. Tymczasem w oddziałach całodobowych przebywało 30767 osób (ok. 17% pacjentów ze schizofrenią). Najpopularniejszą formą leczenia były oddziaływania ambulatoryjne, którymi objęto 142 443 osób (ok. 79%)⁴. Informacje te wskazują na niską popularność leczenia środowiskowego. Nie znaleziono nowszych danych, które umożliwiłyby ocenę zmian wynikających z ewentualnego wprowadzania w życie założeń Programu, a zwłaszcza tych związanych z rozwojem psychiatrii środowiskowej i deinstytucjonalizacją leczenia chorób psychicznych (w tym schizofrenii). Procesy te wymagają złożonych oddziaływań i zmian, które swoim zakresem znacznie wykraczają poza reformy w służbie zdrowia. Wymagają bowiem zaangażowania instytucji społecznych, zajmujących się aktywizacją zawodową, samorządowych, rodzin osób chorujących, lokalnej społeczności itd. (Dobrowolska i Izydorczyk, 2016).

⁴ Wyliczenia własne autora na podstawie danych zawartych w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022.

Rozdział 4. Problem i metodologia badań własnych

4.1. Problem i cele badań

Schizofrenia jest poważną chorobą psychiczną, która prowadzi do degradacji funkcjonowania poznawczego, emocjonalnego i społecznego osób, które na nią cierpią. Na schizofrenię, niezależnie od kultury, choruje około 1% populacji (Seligman, Rosenhan i Walker, 2003; Birchwood i Jackson, 2004; Ayano, 2016). Ma ona silne podłoże genetyczne (np. Christodoulou i in., 2012), co przekłada się na wyraźne zmiany w obrębie struktur mózgowia (np. Gupta i in., 2015, Sommer i Kahn, 2015). Skutkiem tego są znaczne zaburzenia funkcji poznawczych (np. Citak i in., 2013; Lawlor–Savage i Goghari, 2014; Deac i in., 2015), które prowadzą do powstania objawów chorobowych. Należą do nich: urojenia, halucynacje, zaburzenia myślenia (mowy), dziwaczne lub katatoniczne zachowania, a także tzw. objawy negatywne (APA, 2013). Ponadto wśród chorujących obserwowane są zmiany w obrębie tzw. układów nagrody, które prowadzą do dominacji zachowań bezrefleksyjnych (np. Stahl, 2010; de Leeuw i in., 2015).

Symptomy chorobowe, zaburzenia funkcjonowania poznawczego oraz skłonność do zachowań impulsywnych znacznie obniżają jakość życia chorujących i utrudniają, a czasem uniemożliwiają uczestniczenie w codziennym życiu społecznym (np. Ganguly i in., 2018). Na dodatek schizofrenia to choroba ludzi młodych. Najczęściej zapadają na nią osoby w trzeciej dekadzie życia (Ayano, 2016). w wyniku choroby zostają oni bardzo wcześnie wykluczeni z rynku pracy, niejednokrotnie przed podjęciem pierwszego zatrudnienia. w efekcie ich źródłem utrzymania stają się niewielkie renty (ok. 750 zł. miesięcznie⁵), którymi zmuszeni są gospodarować w taki sposób, aby zaspokoić swoje podstawowe potrzeby.

Umiejętne gospodarowanie własnymi finansami stanowi jeden z istotnych czynników kreujących poczucie autonomii dorosłego człowieka (Webley i in., 2001), co w Polsce zyskało na znaczeniu po wprowadzeniu gospodarki wolnorynkowej (por. Górnik-Durose i Zawadzka, 2012; Sikora i Górnik-Durose, 2013). Osoby dorastające i wchodzące w dojrzałe życie po 1989 roku, w tym pacjenci schizofreniczni, zostali skonfrontowani z koniecznością przeniesienia odpowiedzialności za swoje finanse z państwa na nich samych.

⁵Wyliczenie autora na podstawie danych z raportu "Schizofrenia – perspektywa społeczna, sytuacja w Polsce" (Kiejna, Piotrowski i Adamowski, 2014)

Do tej pory przeprowadzono liczne badania traktujące o zaburzeniach funkcji poznawczych wśród osób chorujących na schizofrenię (np. Smucny i in., 2013, Corigliano i in., 2014, Hubbard i in., 2016). Wielokrotnie pisano też o znacznie obniżonym komforcie ich codziennego życia w społeczeństwie (np. Zalewski, 2001; Kucharska-Pietura, 2008, Schöttle i in. 2018). Pomimo tego wciąż brakuje badań nad kompetencjami finansowymi i podejmowaniem decyzji konsumenckich przez te osoby. Biorąc pod uwagę rolę, jaką aktywność w sferze ekonomicznej odgrywa w codziennym życiu każdego dorosłego człowieka, jest to temat wymagający empirycznej penetracji oraz sformułowania konkretnych wniosków aplikacyjnych.

Mając to na uwadze, w badaniach własnych podjęto próbę analizy i opisu zachowań ekonomicznych osób chorujących na schizofrenię, a także znalezienia odpowiedzi na pytania o zakres ich aktywności ekonomicznej, kompetencje finansowe, charakterystyki funkcjonowania finansowego, oraz zachowania zakupowe (konsumenckie). Za główne czynniki oddziałujące na analizowane zachowania uznano specyfikę i natężenie objawów schizofrenii oraz specyfikę funkcjonowania poznawczego osób ze schizofrenią.

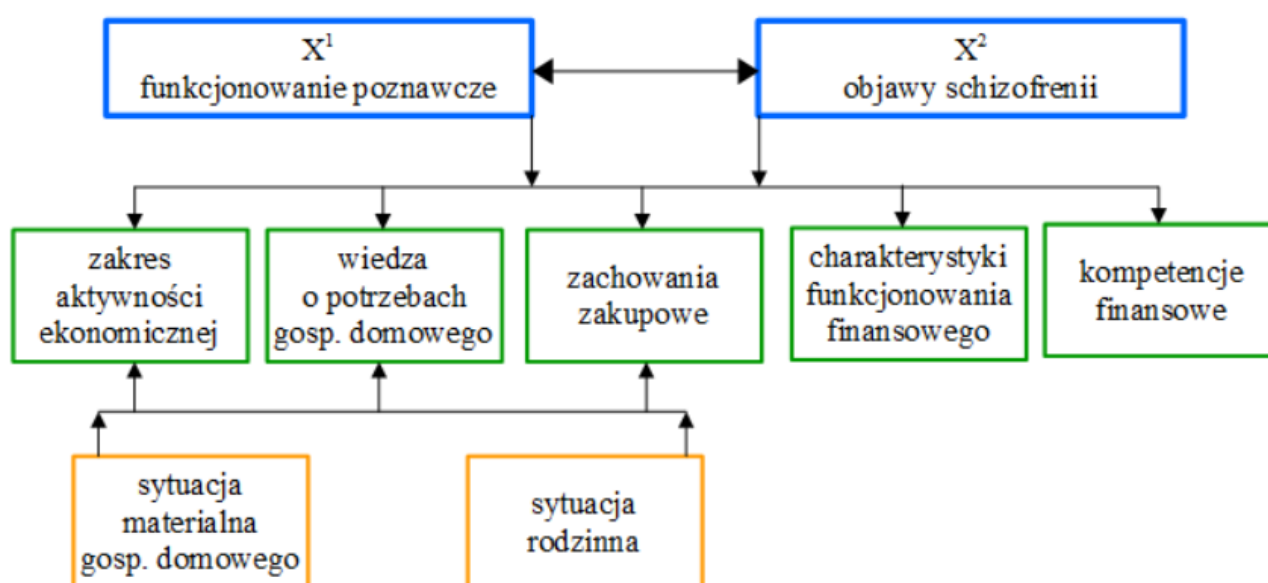
Pierwszy cel badań, czyli opis funkcjonowania osób ze schizofrenią w sferze ekonomicznej, jest z natury swej eksploracyjny i deskryptywny. Drugi cel to zbadanie, na ile specyficzne zachowania i preferencje ekonomiczne mają związek z występowaniem objawów schizofrenii oraz z zaburzeniami funkcjonowania poznawczego. Wyniki uzyskane w badaniu będą miały duże znaczenie aplikacyjne, ponieważ pozwolą na podjęcie odpowiednich działań mających na celu pomoc w radzeniu sobie z opisanymi wcześniej trudnościami.

W przeprowadzonych badaniach funkcjonowanie w sferze ekonomicznej i poznawczej osób chorujących na schizofrenię zostało porównane z funkcjonowaniem osób niechorujących psychicznie o zbliżonym poziomie dochodów. Chodziło bowiem o stwierdzenie, czy i w jakim zakresie specyfika zachowań ekonomicznych osób chorujących na schizofrenię wynika z zaburzeń związanych z chorobą, a nie jest determinowana ograniczonością zasobów finansowych, jakie osoby te mają do dyspozycji.

4.2. Model zależności między zmiennymi

Na podstawie analizy wyników badań opisanych we wcześniejszych częściach

rozprawy stworzono model badawczy, który zaprezentowano na ryc. 4. Model badawczy zakłada występowanie dwóch grup zmiennych niezależnych – funkcjonowanie poznawcze oraz objawy schizofrenii. w zakres funkcjonowania poznawczego wchodzi zmienne dotyczące funkcjonowania pamięci operacyjnej werbalnej, pamięci operacyjnej wzrokowo-przestrzennej, uwagi wizualnej oraz hamowania reakcji automatycznych. Jako objawy chorobowe wzięto pod uwagę symptomy opisane w DSM-5 (urojenia, omamy, zdezorganizowane myślenie, zdezorganizowane zachowanie oraz objawy negatywne). Objawy choroby i funkcjonowanie poznawcze traktowane są jako czynniki oddziałujące na zakresu aktywności ekonomicznej, kompetencji finansowych, charakterystyk funkcjonowania finansowego, wiedzy o potrzebach gospodarstwa domowego i zachowań zakupowych (zielony kolor ramek). Wymienione zmienne mają status zmiennych zależnych. w badaniu kontrolowane są również zmienne niezależne dotyczące sytuacji materialnej gospodarstwa domowego oraz sytuacji rodzinnej.



Ryc. 4: Model zależności między zmiennymi

4.3. Pytania i hipotezy badawcze

Na podstawie przeprowadzonej analizy dostępnych badań, postawiono szereg pytań badawczych oraz hipotez. Podzielono je na dwa bloki. Pierwszy z nich dotyczy opisu funkcjonowania osób chorujących na schizofrenię w sferze ekonomicznej w porównaniu z funkcjonowaniem ekonomicznym osób zdrowych o zbliżonym poziomie dochodów. Drugi blok dotyczy analizy uwarunkowań i zależności pomiędzy badanymi

zmiennymi.

4.3.1. Blok i – Opis funkcjonowania osób chorych na schizofrenię w sferze ekonomicznej w porównaniu z funkcjonowaniem ekonomicznym osób zdrowych o zbliżonym poziomie dochodów

1. Jaki jest zakres aktywności ekonomicznej osób chorych na schizofrenię w odniesieniu do uzyskiwania dochodów i dysponowania nimi?

Pytanie to ma charakter eksploracyjny i dotyczy tego, jakich aktywności finansowych podejmują się osoby, które chorują na schizofrenię. w tym kontekście istotną rolę odgrywać będą uzyskiwane przez chorujących dochody. Ważne będzie również zwrócenie uwagi na inne niż praca i renta źródła dochodów – np. zarobki czy świadczenia socjalne uzyskiwane przez innych mieszkańców gospodarstwa domowego. Ponadto analiza dotyczyć będzie samodzielności osób chorujących – to, czy same zajmują się dokonywaniem opłat i robieniem zakupów, czy są wyręczane w tym zakresie lub też czy uzyskują pomoc.

2. Jaka jest wiedza osób chorych na schizofrenię na temat codziennych potrzeb konsumpcyjnych gospodarstwa domowego?

Podobnie jak w przypadku poprzedniego pytania, z uwagi na brak dotychczasowych badań empirycznych w tym temacie, nie postawiono hipotezy; w tym punkcie badanie ma charakter *stricte* eksploracyjny.

3. Czy i w jakim zakresie osoby chore na schizofrenię potrafią planować codzienne zakupy?

Hipoteza 1: Osoby chorujące na schizofrenię przejawiają większe trudności w planowaniu codziennych zakupów niż osoby, które nie chorują.

Z uwagi na wyraźne zaburzenia funkcjonowania poznawczego (np. Andreasen i in., 2011; Okruszek i Rutkowska, 2013) u osób chorujących na schizofrenię zaburzone pozostają umiejętności związane z planowaniem (Keefe i Harvey, 2012). Dotychczasowe badania skupiały się przede wszystkim na analizie wykonywania testów neuropsychologicznych przez osoby chorujące, nie sprawdzono jednak tego, w jaki sposób realnie radzą sobie one z wykonywaniem codziennych zadań. Hipoteza 1 zakłada, że osoby chorujące na schizofrenię będą przejawiały większe trudności w planowaniu

codziennych zakupów – w porównaniu do klientów ośrodków pomocy społecznej.

4. Czy i w jakim zakresie zachowania zakupowe osób chorych na schizofrenię są kontrolowane (nie są impulsywne)?

Hipoteza 2: Zachowania zakupowe osób chorych na schizofrenię są bardziej impulsywne od tych, które dokonywane są przez osoby niechorujące.

U osób chorujących na schizofrenię dochodzi do wyraźnych zmian w obrębie kory przedczołowej (np. Sommer i Kahn, 2015). Jest ona istotną częścią tzw. refleksyjnego („odgórnego”) układu nagrody, który pozwala na hamowanie reakcji automatycznych, impulsywnych (Stahl, 2010). Badania neuroobrazowe potwierdzają, że w porównaniu do osób zdrowych, chorujący na schizofrenię przejawiają wyraźną skłonność do wzmożonej aktywności reaktywnego („oddolnego”) układu nagrody (Nielsen i in., 2012), co może przejawiać się szybkim podejmowaniem decyzji, wybieraniem produktów o charakterze bardziej „hedonistycznym” (środki uzależniające, używki, słodkie, słodkie napoje). Dotychczas nie badano jednak tego, czy osoby chorujące przejawiają większą impulsywność w sytuacji dokonywania zakupów. Postawiono hipotezę wskazującą na to, że zachowania zakupowe osób chorujących na schizofrenię będą bardziej impulsywne od zachowań osób niechorujących.

5. Jakie są kompetencje finansowe osób chorych na schizofrenię w porównaniu z kompetencjami osób zdrowych o zbliżonym poziomie dochodów?

Hipoteza 3: Osoby chorujące na schizofrenię będą miały inną koncepcję pieniądza niż osoby niechorujące.

Osoby chorujące na schizofrenię cierpią z powodu licznych objawów, które prowadzą do zniekształconego postrzegania rzeczywistości (APA, 2013; Sass i Byrom, 2015). Dotychczas nie badano tego, w jaki sposób osoby chorujące rozumieją koncepcję pieniądza i postawienie konkretnej hipotezy jest tu znacznie utrudnione. Niemniej jednak z uwagi na występowanie objawów chorobowych prowadzących do znacznego odrealnienia, można założyć, że sposób postrzegania pieniądza będzie odmienny od prezentowanego przez osoby, które nie cierpią na schorzenia natury psychicznej.

Hipoteza 4: Osoby chorujące na schizofrenię będą słabiej rozumiały wartość pieniądza niż osoby niechorujące.

Hipoteza 5: Osoby chorujące na schizofrenię będą charakteryzowały się słabszą sprawnością rachunkową niż osoby niechorujące.

Powyższe hipotezy dotyczą kompetencji finansowych związanych z szacowaniem wartości produktów oraz sprawnością rachunkową. z uwagi na szeroko opisywane w literaturze zaburzenia funkcji poznawczych i wykonawczych (np. Hintze, 2012; Diamond, 2013), osłabiony kontakt z rzeczywistością (Sass i Byrom, 2015), założono, że osoby chorujące na schizofrenię będą przejawiały w tychże zakresach większe trudności niż osoby zdrowe.

Hipoteza 6: Osoby chorujące na schizofrenię będą charakteryzowały się innymi postawami wobec różnych zachowań finansowych niż osoby niechorujące.

Postawy wobec zachowań finansowych są złożonymi przekonaniami, które są charakteryzowane przez komponenty poznawcze, afektywne i behawioralne (Wąsowicz-Kiryło, 2013). Dotychczas nie badano tego, jakie postawy wobec różnych zachowań finansowych prezentują osoby chorujące na schizofrenię. Założono jednak, iż z uwagi na występowanie objawów chorobowych (APA, 2013), odczuwanie wzmożonego lęku w sytuacjach codziennych (Kumari i in., 2016), znaczne deficyty w umiejętnościach społecznych (Ganguly i in., 2018), zaburzenia funkcji poznawczych (Corigliano i in., 2014), postawy wobec zachowań finansowych będą wyraźnie odmienne od tych, które prezentują osoby niechorujące.

6. Jakie są charakterystyki funkcjonowania finansowego osób chorych na schizofrenię w porównaniu z funkcjonowaniem finansowym osób zdrowych o zbliżonym poziomie dochodów?

Hipoteza 7: Osoby chorujące na schizofrenię będą miały większą skłonność do podejmowania ryzyka finansowego niż osoby niechorujące.

Hipoteza 8: Osoby chorujące na schizofrenię – w porównaniu z osobami niechorującymi – będą charakteryzowały się większą skłonnością do przyjmowania finansowej perspektywy temporalnej ukierunkowanej na teraźniejszość.

Hipoteza 9: Osoby chorujące na schizofrenię – w porównaniu z osobami niechorującymi – będą charakteryzowały się mniejszą skłonnością do przyjmowania finansowej perspektywy temporalnej ukierunkowanej na przyszłość.

Skłonność do podejmowania ryzyka finansowego związana jest z reakcjami na sytuacje, w których zachodzi niepewność co do skutków podjętych działań (Wąsowicz-

Kiryło, 2013). Wymagane są tu zatem umiejętności związane z planowaniem i przewidywaniem, a co za tym idzie – ze sprawnym funkcjonowaniem poznawczym. Tymczasem wśród osób chorujących na schizofrenię dochodzi do zaburzeń percepcji rzeczywistości (np. Czernikiewicz i Bibułowicz, 2006; Radanovic i in., 2013) i dysfunkcji kognitywnych (np. Kraguljac, Srivastava i Lahti, 2013), co do których chorujący często nie są krytyczni (np. Mosiołek, 2015). Ponadto u pacjentów ze schizofrenią częsta zauważana jest skłonność do podejmowania zachowań impulsywnych i problemów w odraczaniu gratyfikacji (np. Sommer i Kahn, 2015), co z kolei może wskazywać na potencjalne trudności w ukierunkowywaniu finansowej perspektywy temporalnej na przyszłość i większe skupienie na teraźniejszości.

Hipoteza 10: Osoby chorujące na schizofrenię będą charakteryzowały się mniejszą refleksyjnością w podejmowaniu decyzji finansowych niż osoby niechorujące.

Refleksyjność finansowa jest charakterystyką finansową zależną od namysłu, poszukiwania alternatywnych opcji. Wymaga analizy wad i zalet konkretnych rozwiązań. Angażuje liczne procesy poznawcze (Wąsowicz-Kiryło, 2013). Prochaska-Cue (1993) rozróżnia dwa style zarządzania finansami – holistyczny i analityczny, które pozostają w zależności z refleksyjnością podejmowania decyzji. Jak pisano wcześniej, wśród osób chorujących występują znaczne zaburzenia poznawcze, w tym również w zakresie funkcji wykonawczych (np. Okruszek i Rutkowska, 2013). Funkcje wykonawcze związane są m.in. z umiejętnością wykraczania poza teraźniejszość i przewidywaniem skutków działań (Jodzio, 2011). Biorąc jeszcze pod uwagę tendencje do zachowań impulsywnych wśród chorujących, założono, iż będą oni charakteryzowali się wyraźnie mniejszą refleksyjnością decyzji finansowych od osób zdrowych o podobnych dochodach.

Hipoteza 11: Osoby chorujące na schizofrenię będą charakteryzowały się słabszym wewnętrznym umiejscowieniem kontroli finansowej niż osoby niechorujące.

Wewnętrzne poczucie kontroli w sprawach finansowych jest cechą przekładającą się na efektywność w codziennych działaniach ekonomicznych (Wąsowicz-Kiryło, 2013). Wewnętrzne poczucie kontroli (ogólnie) wśród osób chorujących na schizofrenię wiąże się z procesem zdrowienia (Harrow, Hansford i Astrachan-Fletcher, 2009), a w kwestiach lokowania poczucia kontroli zdrowia - z lepszym funkcjonowaniem poznawczym i mniejszym nasileniem objawów chorobowych (Wang, Wu, Chang i Chuang, 2013). Dotychczas nie badano tego, jakim poczuciem kontroli w sprawach finansowych cechują

się chorujący na schizofrenię. Niemniej jednak biorąc pod uwagę to, że w przytoczonych badaniach wskaźniki związane ze zdrowiem psychicznym korelowały z wewnętrznym poczuciem kontroli, wysunięto hipotezę, zgodnie z którą osoby chorujące na schizofrenię będą charakteryzowały się mniejszym wewnętrznym umiejscowieniem kontroli finansowej od osób zdrowych o podobnym poziomie dochodów.

4.3.2. Blok II – Analiza uwarunkowań i zależności

1. Czy i w jaki sposób rodzaj i nasilenie objawów schizofrenii wiąże się z różnicami w funkcjonowaniu poznawczym osób chorych?

Hipoteza 12: Nasilenie objawów chorobowych będzie współwystępowało z pogorszeniem funkcjonowania poznawczego osób chorujących.

Objawy schizofrenii są traktowane jako rezultat zmian w obrębie struktur mózgowia i zwykle pojawiają się później niż zaburzenia procesów poznawczych (Andreasen i in., 2011; Christodoulou i in., 2012). Dotychczasowe badania nad zależnością pomiędzy występowaniem objawów schizofrenii a zaburzeniami neurokognitywnymi były niespójne, zwykle jednak nie wykazywano istotnych korelacji. Jest to tłumaczone tym, iż osoby o mocno nasilonych objawach chorobowych są zwykle wykluczane z badań empirycznych nad funkcjami poznawczymi (Keefe i Harvey, 2012). Niemniej jednak warto zwrócić uwagę na to, że objawy takie jak urojenia, dezorganizacja mowy są w istocie zaburzeniami procesów poznawczych (myślenia), podobnie jak halucynacje (percepcja) czy objawy negatywne (ogólne spowolnienie psychomotoryczne, zubożenie) (APA, 2013; Augustynek, 2015). Tym samym założono, że symptomy chorobowe będą współwystępowały z zaburzeniami funkcji kognitywnych.

2. Czy i w jakim stopniu dysfunkcje poznawcze wiążą się z zakresem aktywności ekonomicznej, kompetencjami i charakterystykami finansowymi oraz zachowaniami zakupowymi osób chorych?

Hipoteza 13: Osoby chorujące podejmujące szerszy zakres aktywności ekonomicznej będą charakteryzowały się lepszym funkcjonowaniem poznawczym.

Hipoteza 14: w grupie osób chorujących na schizofrenię dysfunkcje poznawcze będą współwystępowały ze słabszymi kompetencjami finansowymi.

Wśród chorujących na schizofrenię zaburzenia procesów poznawczych były potwierdzane wielokrotnie, jednak nie sprawdzano dotychczas zależności pomiędzy nimi a kompetencjami finansowymi i zakresem aktywności ekonomicznej. Tymczasem

zarówno podejmowanie aktywności ekonomicznej (np. przeznaczanie odpowiednich kwot na utrzymanie gospodarstwa domowego) jak i ogólne kompetencje finansowe (szacowanie cen produktów, liczenie pieniędzy, kontrola wydawanej reszty w trakcie zakupów itp.) są zjawiskami wymagającymi sprawnego funkcjonowania procesów poznawczych – zwłaszcza związanych z ukierunkowaniem na konkretny cel.

Hipoteza 15: Dysfunkcje poznawcze w grupie osób chorujących na schizofrenię będą współwystępowały z mniejszą refleksyjnością decyzji finansowych i większą skłonnością do podejmowania ryzyka finansowego.

Uzasadnienie postawienia tej hipotezy jest zbliżone do tego, które opisano w przypadku hipotezy 7 i 10. Zarówno refleksyjność jak i podejmowanie ryzyka finansowego angażują liczne procesy poznawcze (Wąsowicz-Kiryło, 2013). Istotne wydają się tu być szczególnie funkcje związane z hamowaniem reakcji automatycznych (np. Hubert i in., 2013) oraz angażujących uwagę i pamięć operacyjną (Clement i in., 2013; Miloslavjevic i in., 2011), które wśród osób chorujących pozostają wyraźnie zaburzone.

Hipoteza 16: w grupie osób chorujących na schizofrenię powolniejsze tempo funkcji poznawczych będzie współwystępowało z powolniejszym dokonywaniem zakupów –.

Osoby chorujące na schizofrenię przejawiają zwykle wyraźne spowolnienie psychomotoryczne (np. Morrens, Hulstijn i Sabbe, 2007). Dotychczas nie przeprowadzano badań dotyczących zależności pomiędzy tempem funkcji poznawczych a czasem wymaganym na przeprowadzenie zakupów, niemniej jednak można spodziewać się, że korelacje tego rodzaju będą zauważalne.

Hipoteza 17: Dysfunkcje w zakresie hamowania reakcji automatycznych będą współwystępowały z bardziej impulsywnym dokonywaniem zakupów.

Impulsywne dokonywanie zakupów związane jest z trudnościami w hamowaniu automatycznych reakcji (np. Dell’Osso i in., 2008; Hubert i in., 2013). Dotychczasowe badania nie skupiały się na zależności pomiędzy hamowaniem reakcji a dokonywaniem zakupów wśród osób chorujących na schizofrenię. Niemniej jednak wśród pacjentów ze schizofrenią występują trudności w odraczaniu natychmiastowej gratyfikacji i skłonność do impulsywności (np. Juckel i in., 2005). z tego powodu założono, że dysfunkcje w zakresie hamowania reakcji automatycznych będą współwystępowały z bardziej

impulsywnym dokonywaniem zakupów.

3. Czy i w jaki sposób objawy schizofrenii wiążą się z zakresem aktywności ekonomicznej, kompetencjami i charakterystykami finansowymi oraz zachowaniami zakupowymi osób chorych?

Hipoteza 18: Osoby chorujące podejmujące szerszy zakres aktywności ekonomicznej będą charakteryzowały się mniejszym nasileniem objawów chorobowych.

Hipoteza 19: Większe nasilenie objawów chorobowych będzie współwystępowało ze słabszymi kompetencjami finansowymi.

Występowanie objawów chorobowych wśród osób chorujących na schizofrenie pozostaje w wyraźnej zależności z gorszą jakością życia (Eack i Newhill, 2007). Ponadto pacjenci zwykle cechują się słabymi umiejętnościami społecznymi, co prowadzi do wycofywania się z licznych aktywności (np. Hooley, 2010). Zarówno podejmowanie aktywności ekonomicznej, jak i kompetencje finansowe, wymagają pewnej sprawności i poczucia własnej skuteczności (np. Kershaw i Webber, 2008; Farrel, Fry i Risse, 2016). Są to cechy, które u osób chorujących na schizofrenię są wyraźnie osłabione (np. Pratt, Mueser, Smith i Lu, 2005). z tego powodu założono że zarówno szerszy zakres aktywności ekonomicznej, jak i lepsze kompetencje finansowe będą współwystępowały z mniejszym nasileniem objawów chorobowych.

Hipoteza 20: Większe nasilenie objawów chorobowych będzie współwystępowało z mniejszą refleksyjnością decyzji finansowych oraz bardziej zewnętrznym poczuciem kontroli finansowej.

Występowanie objawów schizofrenii wiąże się zaburzeniami postrzegania rzeczywistości (APA, 2013). Tymczasem refleksyjność podejmowania decyzji finansowych wymaga racjonalnej analizy dokonywanych wyborów (Soros, 2013), co u osób chorujących na schizofrenię może być poważnie zaburzone i być związane właśnie z symptomami chorobowymi. Ponadto, jak pisano wcześniej, osoby chorujące charakteryzują się słabszym wewnętrznym umiejscowieniem kontroli (Harrow, Hansford i Astrachan-Fletcher, 2009). Tym samym założono, że wraz z większym nasileniem objawów schizofrenii wzrastać będzie zewnętrzne poczucie kontroli finansowej.

4. Czy i w jakim stopniu sytuacja materialna gospodarstwa domowego wiąże się

z zakresem aktywności ekonomicznej, wiedzą o potrzebach gospodarstwa domowego, zachowaniami zakupowymi osób chorych?

5. Czy i w jakim stopniu sytuacja rodzinna osób chorych wiąże się z zakresem aktywności ekonomicznej, wiedzą o potrzebach gospodarstwa domowego, zachowaniami zakupowymi osób chorych?

Powyższe pytania dotyczą tematów, które do tej pory nie były podejmowane w badaniach. z tego powodu zrezygnowano z postawienia konkretnych hipotez badawczych i skupiono się na eksploracji wymienionych zagadnień i zależności między nimi. Są one o tyle istotne, że osoby chorujące na schizofrenię często wymagają na co dzień wsparcia w samodzielnej egzystencji (Ganguly i in., 2018; Dziwota i in., 2018).

4.4. Zmienne i ich operacjonalizacja

Poniżej opisane zostały zmienne, uwzględnione w badaniu, wraz ze wskaźnikami oraz zastosowanymi narzędziami (tabela 3). w modelu badawczym występują zmienne niezależne – funkcjonowanie poznawcze oraz objawy schizofrenii, a także sytuacja materialna i rodzinna gospodarstwa domowego. z kolei zmienne zależne dotyczą funkcjonowania ekonomicznego. Ponadto, w celu scharakteryzowania grup badawczych, uwzględnione zostały zmienne o charakterze demograficznym oraz dotyczące historii choroby.

Tabela 3: Zmienne, wskaźniki oraz narzędzia pomiarowe

ZMIENNE	WSKAŹNIKI	NARZĘDZIA
Objawy schizofrenii wg DSM-5	Urojenia	Skala oceny ilościowej ciężkości objawów psychozy dla klinicystów (CRDP)
	Omamy	
	zdezorganizowane myślenie (mowa)	
	dziwaczne / katatoniczne zachowania	
	objawy negatywne	
Funkcjonowanie poznawcze	pamięć operacyjna werbalna	Liczba prawidłowo powtórzonych zestawów cyfr – wprost i wpsak
	wzrokowo – przestrzenna pamięć operacyjna	Poprawność wykonania testu TMT (cz. A i B), czas wykonania testu TMT
	uwaga wizualna – selektywność, przeszukiwanie, czas	Szybkość spostrzegania, ogólna zdolność spostrzegania, liczba popełnionych błędów fałszywie negatywnych i fałszywie pozytywnych, zmienność tempa wykonania pracy.
		Test Łączenia Punktów (TMT) - cz. A i B.
		Test d2

Kontynuacja tabeli z poprzedniej strony			
	hamowanie reakcji	Ocena umiejętności oderwania się od automatycznych reakcji – liczba błędów fałszywie pozytywnych w teście d2, poprawność wykonania części B w teście TMT	Testy d2, TMT
Sytuacja materialna gospodarstwa domowego	dochody, dochody per capita, dochody gospodarstwa domowego	Deklarowana wysokość uzyskiwanych miesięcznych dochodów	Wywiad ustrukturalizowany
	źródła dochodów	Deklarowane źródła dochodów	
	okres pobierania renty	Deklarowany czas pobierania renty	
Funkcjonowanie ekonomiczne	zakres aktywności ekonomicznej	Deklaracje dotyczące: samodzielnego robienia zakupów, samodzielnego płacenie rachunków, przeznaczania pieniędzy (kwota) na utrzymanie gospodarstwa domowego (zakup, czynsz, media)	
	kompetencje finansowe	a) Rozumienie koncepcji pieniądza – odpowiedź na pytanie „Czym są pieniądze?” - ocena przez sędziów kompetentnych; b) Rozumienia wartości pieniądza – poprawność oszacowania ceny wybranych produktów; c) Sprawność rachunkowa – wynik uzyskany w zadaniu dotyczącym liczenia pieniędzy; d) Postawy wobec różnorodnych zachowań finansowych - odpowiedzi uzyskane w wywiadzie ustrukturalizowanym	Zadania finansowe, Wywiad ustrukturalizowany na podstawie Kwestionariusza Postaw wobec Zachowań Finansowych (Wąsowicz – Kiryło, 2013)
	wiedza o potrzebach gospodarstwa domowego	Odpowiedź na pytanie: „Jakie zakupy należy robić, żeby w domu było wszystko to, co najbardziej potrzebne?”; wiedza na temat wysokości opłat czynszowych w gospodarstwie domowym	Wywiad ustrukturalizowany
	charakterystyki funkcjonowania finansowego	Postawy wobec podejmowania ryzyka finansowego, finansowa perspektywa temporalna, refleksyjność decyzji finansowych, umiejscowienie kontroli finansowej-ocena odpowiedzi na pytania wybranych skal z kwestionariusza CFF	Wywiad ustrukturalizowany na podstawie Kwestionariusza Cech Funkcjonowania Finansowego (Wąsowicz-Kiryło, 2013)
Zmienne demograficzne i dotyczące historii choroby oraz zażywanych substancji	wiek, płeć, wykształcenie, stan cywilny	Odpowiedzi uzyskane w wywiadzie i dane uzyskane z dokumentacji medycznej	Wywiad ustrukturalizowany i dokumentacja medyczna
	wiek w chwili zachorowania i rozpoczęcia leczenia		
	liczba hospitalizacji i pobyków w DOP, leczenie w ZŁŚ		
	stosowane obecnie leki		
	uszkodzenia mózgu, choroby neurologiczne		
	choroby przewlekłe		
	stosowanie środków psychoaktywnych		

4.5. Narzędzia badawcze

4.5.1. Wywiad ustrukturalizowany

Wywiad ustrukturalizowany (Załącznik 1 i Załącznik 2) powstał w dwóch wersjach – dla osób chorujących na schizofrenię oraz dla osób, które nie chorują (klienci ośrodków pomocy społecznej). w grupie pacjentów wywiad był przeprowadzany przez badacza, który odczytywał poszczególne pytania. Zabieg ten miał na celu upewnienie się, czy osoby chorujące dobrze rozumiały pytania, które były im zadawane. Dawało to również możliwość udzielenia wyjaśnień w sytuacjach, gdy pewne sformułowania były niejasne dla respondentów. Ponadto każdy wywiad przeprowadzany był z pacjentami na osobności, co było uwarunkowane pojawieniem się ewentualnych objawów chorobowych – np. urojeń. Pozwalało to również na dostosowanie tempa pracy do indywidualnych potrzeb osób badanych, co było szczególnie istotne w grupie pacjentów cierpiących na wzmożone objawy negatywne choroby.

Grupa klientów ośrodków pomocy społecznej odpowiadała na pytania wywiadu ustrukturalizowanego w formie pisemnej (Załącznik 2). Wszelkie niejasności, trudności z wypełnieniem były omawiane podczas drugiego spotkania z klientami – przed przystąpieniem do badania funkcjonowania poznawczego.

W ramach ustrukturalizowanego wywiadu respondenci odpowiadali na pytania dotyczące:

- podstawowych danych demograficznych,
- historii leczenia psychiatrycznego i psychologicznego,
- chorób somatycznych,
- dochodów,
- historii pobierania świadczeń rentowych i zasiłków,
- zakresu aktywności ekonomicznej,
- wiedzy o potrzebach gospodarstwa domowego,
- wiedzy o cenach produktów.

4.5.2. Skala oceny ilościowej ciężkości objawów psychozy dla klinicystów (Clinician – Rated Dimensions of Psychosis)

Skala oceny ilościowej ciężkości objawów psychozy dla klinicystów (CRDP) jest narzędziem opisanym w DSM-5 jako podstawa do diagnozy schizofrenii (APA, 2013). Gdy rozpoczynano badania w 2016 roku, tłumaczenie CRDP nie było jeszcze dostępne w Polsce, zatem autor rozprawy dokonał samodzielnego tłumaczenia narzędzia.

CRDP zawiera osiem skal, które badają stopień nasilenia pięciu podstawowych objawów schizofrenii (urojenia, omamy, zdezorganizowane myślenie, dziwaczne

zachowania, objawy negatywne) oraz zaburzenia poznawcze, objawy depresyjne i maniakalne.

W CRDP każdy z objawów opisywany jest za pomocą pięciostopniowej skali (0-4). Opisu objawów dokonuje się na podstawie wszelkich dostępnych informacji o osobie badanej. Ocena nasilenia symptomów dotyczy ostatnich siedmiu dni. w przypadku osób badanych na potrzeby niniejszej rozprawy oceny dokonywali lekarze psychiatrzy prowadzący pacjentów w placówkach (oddziałach dziennych, psychiatrycznych, zakładach opiekuńczo-leczniczych). Wyjątkiem była ocena zaburzeń funkcjonowania poznawczego. Autorzy CRDP wskazują, by posłużyć się tu danymi z testów psychologicznych. w przypadku respondentów podjęto decyzję o porównaniu ich wyników z wynikami osób badanych w grupie kontrolnej za pomocą narzędzi d2, TMT oraz powtarzaniu cyfr, gdzie jako wskaźnik nasilenia zaburzeń (zgodnie z instrukcją CRDP) potraktowano odchylenie standardowe. Wzięto pod uwagę wyniki uzyskane w grupie kontrolnej w czasie wykonania części A i B testu TMT, procencie błędów w teście d2, granicę przedziałów w teście d2. We wszystkich tych wskaźnikach wynik wyższy oznaczał słabsze wykonanie testu. w przypadku powtarzania cyfr sytuacja była odwrotna – wyższy wynik oznaczał lepsze wykonanie. z tego powodu podjęto decyzję o tym, by wynik uzyskany przez respondentów odjąć od maksymalnej możliwej liczby punktów (5). Wyniki uzyskane w grupie kontrolnej w podanych wskaźnikach przeliczono na skalę standaryzowaną, a następnie dodano do siebie. Zgodnie z instrukcją CRDP obliczono przedziały dla poszczególnych punktów (0-4). Następnie dla każdego z badanych z grupy osób chorujących na schizofrenię przeliczono wyniki w podanych wskaźnikach - użyto średniej i odchylenia standardowego z grupy kontrolnej. Następnie wszystkie wyniki w skalach standaryzowanych dodano do siebie i porównano z rezultatami osób z grupy kontrolnej.

4.5.3. Test Łączenia Punktów (TMT)

Test Łączenia Punktów (TMT) jest popularnym narzędziem służącym do pomiaru tempa poznawczego, a także wzrokowo – przestrzennej pamięci operacyjnej oraz umiejętności hamowania automatycznych reakcji (Borkowska i Rybakowski, 2005, Oliveira, 2012).

Narzędzie składa się z dwóch części:.

- Część A: zadaniem osoby badanej jest jak najszybsze i prawidłowe połączenie ze sobą punktów z wpisanymi liczbami, tj. 1-2-3-4-...-25. Mierzona jest poprawność wykonania zadania, a także czas. Część A mierzy tempo poznawcze.
- Część B: polega na naprzemiennym łączeniu ze sobą punktów z wpisanymi liczbami i literami (1-A-2-B-3-C-...-L-13). Pomiarowi podlega poprawność wykonania zadania, a także czas. Część B służy pomiarowi funkcjonowania

pamięci operacyjnej wzrokowo-przestrzennej, umiejętności hamowania automatycznych reakcji, tempa poznawczego.

4.5.4. Zadanie polegające na powtarzaniu cyfr wprost i wspak

Zadanie składa się z dwóch etapów. Pierwszym z nich jest powtarzanie po osobie badającej ciągu cyfr w takiej kolejności, w jakiej zostały one zasłyszane (wprost). Po udzieleniu poprawnej odpowiedzi, osobie badanej czytany jest kolejny ciąg cyfr – większy od poprzedniego o jedną cyfrę. w badaniu na potrzeby niniejszej pracy zaczęto od trzech cyfr a zakończono na siedmiu. Po udzieleniu błędnej odpowiedzi badanie jest przerywane. w drugiej części respondentowi ponownie czytane są cyfry (zaczynając od trzech), jednak tym razem badany proszony jest o powtórzenie ich w odwrotnej kolejności (wspak). Podobnie jak w przypadku powtarzania wprost, w razie błędu badanie jest przerywane. w obydwu etapach badania zapisywany jest „poziom”, do którego udało się dotrzeć osobie badanej (3 cyfry – 1. poziom, 4 cyfry – 2. poziom, 5 cyfr – 3. poziom itd.).

Podobne zadanie jest jednym z elementów badania w ramach Skali Inteligencji Wechslera – WAIS-R. Narzędzie to sprawdza zdolność pamięci operacyjnej (np. Crowe, 2000; Hester, Kinsella i Ong, 2004).

4.5.5. Test d2 – Test badania uwagi

Test d2 jest narzędziem psychologicznym służącym ocenie różnych wskaźników związanych z uwagą: szybkość spostrzegania, ogólna zdolność spostrzegania, zdolność koncentracji. Może być przeprowadzany zarówno indywidualnie, jak i w formie grupowej.

Zadaniem respondenta jest skreślanie liter "d" z dwoma kreskami (pojawiającymi się nad literą lub też pod nią). Znajdują się one pośród innych liter "d" z inną liczbą kresek, a także obok liter "p" – również z różną liczbą kresek. Litery ułożone są w czternastu rzędach, a na skreślanie symboli w jednym rzędzie respondent ma 20 sekund. Ocenie podlega szybkość pracy oraz liczba błędów (pominięcia i nieprawidłowe skreślenia) (Brickenkamp, 2012).

4.5.6. "Sklep"

„Sklep” to metoda stworzona przez autora na potrzeby niniejszego badania. Polega na umieszczeniu osób badanych w sytuacji, w której ich zadaniem jest dokonanie wyborów konsumenckich. "Sklep" stworzony został za pomocą makiet imitujących sklepowe półki, na których znajdują się zdjęcia produktów spożywczych wraz z cenami

(Ryc. 5). Były one umieszczane na metalowo-drewnianych stelażach. Zadaniem badanych było dokonanie dwukrotnie „zakupu” produktów spożywczych na cały tydzień dla siebie i rodziny. Za pierwszym razem respondenci samodzielnie wybierali produkty. Za drugim razem otrzymywali listę produktów, które mieli kupić. Każdorazowo do wydania mieli maksymalnie 150 zł. Badanych proszono, by wyobrazili sobie jednak, że mają przy sobie 750 zł. Kwotę określono na podstawie badań dotyczących przeciętnej wysokości renty wśród osób chorujących na schizofrenię (Kiejna, Piotrowski i Adamowski, 2014). Osoba badana po wyborze konkretnego produktu podnosiła z makiety jego zdjęcie i wrzucała do reklamówki.



Ryc. 5: Narzędzie "Sklep" z punktu widzenia respondenta.

Podczas wykonywania zadania osoba badająca zapisywała kolejność wybieranych produktów, czas trwania "zakupów". Na koniec badań byli pytani o to, jak myślą, ile łącznie kosztowały wybrane przez nich produkty. "Półki", instrukcja do narzędzia, informacja o przebiegu badania znajdują się w Załączniku 1 i Załączniku 2.

4.5.7. Zadania dotyczące prostych umiejętności finansowych

Zadania dotyczące prostych umiejętności finansowych zostały zaprojektowane na potrzeby niniejszej rozprawy. Respondenci podawali w nich swoje rozumienie koncepcji pieniądza, określali ceny produktów dostępnych w sklepach⁶, wykonywali proste zadania

⁶Poprawność oceniana była na podstawie zakresu cen konkretnych produktów dostępnych na stronach <http://dlahandlu.pl> , <http://ceneo.pl> oraz na stronach producentów

matematyczne dotyczące umiejętności korzystania z pieniędzy (por. Marson, Savage i Phillips, 2006).

Pierwsze z nich polegało na prawidłowym podaniu sumy pieniędzy położonych przed każdym z respondentów („Suma”). w drugim zadaniu proszono o zapłacenie konkretnej kwoty z przekazanej respondentom gotówki („Płacenie”). w ostatnim badani byli poproszeni ponownie o zapłacenie pewnej kwoty, a osoba badająca wydawała im resztę. Zadanie polegało na określeniu, czy resztę wydano prawidłowo („Reszta”).

Zadania i arkusze do wpisywania odpowiedzi osób badanych znajdują się w Załączniku 1 i Załączniku 2.

4.5.8. Badanie postaw wobec zachowań finansowych i charakterystyk funkcjonowania finansowego

Do badania użyto Kwestionariusza Postaw wobec Zachowań Finansowych (PZF) oraz Kwestionariusza Charakterystyk Funkcjonowania Finansowego (CFF) Grażyny Wąsowicz-Kiryło (2013).

Kwestionariusz PZF jest narzędziem służącym określaniu postaw wobec różnorodnych zachowań finansowych, uwzględniającym komponenty poznawcze, emocjonalne i behawioralne. Składa się z 40 twierdzeń. Zadaniem respondenta jest ustosunkowanie się do nich na 6-stopniowej skali. Poszczególne skale kwestionariusza dotyczą postaw wobec: korzystania z usług bankowych, korzystania z pieniądza bezgotówkowego, zaciągania zobowiązań finansowych, oszczędzania pieniędzy, inwestowania, ubezpieczania siebie i/lub swojego mienia, płacenia podatków. Kwestionariusz Postaw wobec Zachowań Finansowych charakteryzuje się dobrymi wskaźnikami psychometrycznymi. Rzetelność poszczególnych skal jest wysoka (*alfa* Cronbacha: 0,76-0,89). Potwierdzono również trafność czynnikową oraz teoretyczną narzędzia (Wąsowicz-Kiryło, 2013).

Kwestionariusz CFF służy ocenie cech, które pozwalają na opisanie kilku aspektów dotyczących funkcjonowania finansowego człowieka. w jego skład wchodzi 50 zdań. Zadaniem badanego jest zaznaczenie na 6-stopniowej skali tego, w jakim zakresie zgadza się z każdym z nich. Kwestionariusz posiada 8 skal opisujących poszczególne charakterystyki funkcjonowania finansowego: zapotrzebowanie na wiedzę finansową, sprawność finansowa, postawa wobec podejmowania ryzyka finansowego, perspektywa temporalna – nastawienie na przyszłość i perspektywa temporalna – nastawienie na teraźniejszość, refleksyjność decyzji finansowych, księgowanie mentalne, umiejscowienie kontroli finansowej, pieniądź w stosunkach społecznych. z uwagi na temat niniejszej pracy i postawione hipotezy, do badania na potrzeby rozprawy skorzystano jedynie z części skal (por. Załącznik 1 i 2). Rzetelność skal jest satysfakcjonująca i wysoka (*alfa* Cronbacha: 0,64-0,86). Potwierdzono również trafność teoretyczną CFF (Wąsowicz-Kiryło, 2013).

Z uwagi na potencjalne trudności osób chorujących na schizofrenię w wypełnianiu kwestionariuszy, itemy narzędzi prezentowane były w formie ustnej w trakcie zbierania wywiadu – pozwoliło to na wyeliminowanie sytuacji, w której badany mógłby nie rozumieć czytanych zdań z uwagi na ograniczenia poznawcze (np. zaburzenia koncentracji). Pytania były częścią wywiadu ustrukturalizowanego, który znajduje się w Załączniku 1. Osoby zdrowe wypełniały kwestionariusze w wersji papierowej (Załącznik 2).

4.6. Próba badawcza i procedura badawcza

Badaniem objęto osoby, wchodzące w skład dwóch grup badawczych:

1. **Osoby chorujące na schizofrenię** – osoby ze zdiagnozowaną schizofrenią i spełniających kryteria schizofrenii opisane w DSM-5. Każdorazowo rozpoznanie nozologiczne było konsultowane z lekarzem prowadzącym pacjenta. Osoby badane były pacjentami Dziennych Oddziałów Psychiatrycznych, Zespołów Leczenia Środowiskowego, szpitali psychiatrycznych, mieszkańcami Zakładów Opiekuńczo-Lecznicznych na terenie Śląska.
2. **Grupa kontrolna, złożona z osób nieleczących się psychiatrycznie i niechorujących psychicznie** – została wybrana na podstawie danych demograficznych zebranych wśród chorujących na schizofrenię. Były to osoby o zbliżonym do osób chorujących poziomie dochodów. Celem tego zabiegu było zmniejszenie wpływu zmiennych demograficznych (wiek, płeć, wykształcenie) i dotyczących statusu majątkowego na wyniki porównań międzygrupowych. Grupę tę stanowili klienci korzystający ze wsparcia Miejskich (MOPS) i Gminnych (GOPS) Ośrodków Pomocy Społecznej na terenie Śląska i Małopolski.

Jednym z kryteriów włączających do badania był wiek respondentów. Podjęto decyzję, by były to osoby pełnoletnie, mające maksymalnie 40 lat. Powodem takiego ograniczenia było to, by w okresie wchodzenia w dorosłość badani żyli już w rozwiniętej gospodarce wolnorynkowej. Tym samym najstarsi respondenci (40 lat) stawali się osobami pełnoletnimi w latach 1995-1996 (w zależności od momentu ich badania), a więc w kilka lat po transformacji ustrojowej w Polsce. Ponadto najczęściej o niezdolności do pracy orzeka się wśród chorujących na schizofrenię w przedziale wiekowym od 20 do 39 lat (Gałązka-Sobotka i in., 2015).

Z uwagi na specyfikę grupy badawczej i potencjalne trudności w koncentracji uwagi przez dłuższy czas przez chorujących na schizofrenię, badanie zostanie podzielone na trzy etapy:

- **ETAP I:** przeprowadzenie wywiadu ustrukturalizowanego wśród osób

chorujących na schizofrenię oraz wypełnienie karty badanego przez respondentów z grupy kontrolnej. Tym samym uzyskano informacje o: danych demograficznych, historii choroby, zdrowiu somatycznym i psychicznym, dochodach badanego, historii pobierania świadczeń społecznych, zakresie aktywności ekonomicznej, kompetencjach finansowych, charakterystykach funkcjonowania finansowego, wiedzy o potrzebach gospodarstwa domowego.

- **ETAP II:** dokonanie zakupów w "Sklepie" oraz wykonanie zadań dotyczących prostych umiejętności finansowych, badanie funkcji poznawczych testami TMT, „Powtarzanie Cyfr”, Test d2.
- **ETAP III:** udzielenie informacji zwrotnych badanym, którzy wyrażą taką chęć.

Ponadto, na podstawie informacji uzyskanych od lekarzy prowadzących osoby chorujące na schizofrenię (za zgodą respondentów), określono nasilenie objawów choroby za pomocą Clinician-Rated Dimensions of Psychosis Symptom Severity (CRDP).

Rozdział 5. Wyniki badań własnych

5.1. Charakterystyka próby badawczej pod względem danych socjodemograficznych i związanych z historią leczenia psychiatrycznego

5.1.1. Dane socjodemograficzne

Badaniem objęto próbę 61 osób – 31 osób ze zdiagnozowaną schizofrenią i spełniających kryteria schizofrenii opisane w DSM-5 oraz grupę kontrolną – 30 osób nieleczących się psychiatrycznie i niechorujących psychicznie. Grupę osób chorujących na schizofrenię stanowiło 18 mężczyzn (58,06%) i 13 kobiet (41,94%). w grupie kontrolnej było to 16 kobiet (53,33%) i 14 mężczyzn (46,67%).

Średnia wieku osób chorujących wynosiła 33,45 lat ($SD=5,50$), a w grupie kontrolnej – 33,13 lat ($SD=3,60$). Nie zaobserwowano statystycznie istotnych różnic między grupami (Test t -Studenta: $t=0,27$, $p=0,79$). w obydwu grupach najczęściej posiadanym wykształceniem było wykształcenie średnie, a najrzadszym – wyższe (por. tabela 4).

Tabela 4: Zmienne socjodemograficzne

Zmienne	Osoby chorujące na schizofrenię				Grupa kontrolna			
	<i>N</i>		<i>%</i>		<i>N</i>		<i>%</i>	
Płeć	<i>N</i>		<i>%</i>		<i>N</i>		<i>%</i>	
Kobiety	13		41,94		16		53,33	
Mężczyźni	18		58,06		14		46,67	
Wiek	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>
	33,45	5,5	23	40	33,13	3,6	27	39
Wykształcenie	<i>N</i>		<i>%</i>		<i>N</i>		<i>%</i>	
Podstawowe	5		16,13		7		23,33	
Gimnazjalne	3		9,68		2		6,67	
Zawodowe	6		19,35		3		10,00	
Średnie bez matury	6		19,35		2		6,67	
Średnie	9		29,03		14		46,67	
Wyższe	2		6,45		2		6,67	

5.1.2. Dane związane ze stanem zdrowia somatycznego i historią leczenia psychiatrycznego

W grupie kontrolnej nikt nie podejmował leczenia psychiatrycznego i nie chorował na poważniejsze schorzenia psychiatryczne. Jedna osoba chorowała na epilepsję, jednak zdecydowano na włączenie jej do grupy badawczej z uwagi na to, że zażywała leki, a choroba nie ujawniała się od dłuższego czasu. Poza tym w grupie kontrolnej nikt nie leczył się neurologicznie. Dwie osoby przyznały, że w przeszłości doznawały urazów głowy z utratą przytomności. Pojedyncze osoby były leczone z powodu nadciśnienia i niedoczynności tarczycy.

w grupie osób chorujących na schizofrenię 17 (54,84%) było leczonych w ramach oddziałów dziennych psychiatrycznych (ODP) i zespołów leczenia środowiskowego (ZLS), 9 (29,03%) było pacjentami oddziałów zamkniętych psychiatrycznych (OZ), a 5 (16,13%) zamieszkiwało w zakładach opiekuńczo-leczniczych (ZOL).

Przeciętny wiek, w którym u badanych rozpoznawano schizofrenię wynosił 22,77 ($SD=6,04$). Przeciętny czas leczenia psychiatrycznego w grupie wynosi 10,13 roku ($SD=6,23$). Liczba hospitalizacji w ramach OZ wynosiła przeciętnie 6,81 ($SD=6,80$), z leczenia w ramach ZLS pacjenci korzystali średnio ok. jednego roku ($M=0,93$, $SD=2,05$). Odbywali zwykle około 4 pobyty w ramach ODP ($M=4,19$; $SD=5,28$).

Wśród osób chorujących na schizofrenię 2 osoby (6,45%) chorowały na epilepsję, a jedna na stwardnienie rozsiane (3,23%). Po konsultacjach z lekarzami prowadzącymi postanowiono włączyć te osoby do badań, gdyż obecnie choroby te nie objawiały się w istotny kliniczny sposób. w grupie osób chorujących na schizofrenię 20 osób (64,52%) nie doznawała poważniejszych urazów głowy. Pojedyncze osoby zgłaszały nadciśnienie, zapalenie wątroby typu C (WZW-C), zapalenie wątroby typu B (WZW-B), dnę moczanową, miażdżycę oraz występowanie guzków na tarczycy. Ponownie po konsultacji z lekarzami prowadzącymi uznano, że nie są to kryteria wykluczające z badań, gdyż choroby nie dawały wyraźnych objawów klinicznych. Wszyscy respondenci z grupy chorujących pobierali leki psychotropowe.

5.1.3. Stosowanie używek

W grupie chorujących na schizofrenię do spożywania alkoholu przyznało się 10 osób (32,26%), natomiast w grupie kontrolnej – 13 osób (43,33%).

Papierosy paliła znaczna część chorujących - 18 osób (58,06%). Średnia liczba wypalanych papierosów dziennie wynosiła 21,39 ($SD=11,71$). Minimalna liczba wynosiła 4 sztuki, maksymalna – 40. w grupie kontrolnej papierosy paliło 13 osób (43,33%). Średnia liczba wypalanych papierosów wynosiła 14,31 ($SD=5,20$, $Min.=6$, $Max.=20$).

Do stosowania narkotyków i/lub dopalaczy przyznało się 4 pacjentów ze

schizofrenią (12,90%) i jeden klient OPS (3,33%). Respondentów zapytano również o to, czy kiedykolwiek korzystali z narkotyków i dopalaczy. Wyniki prezentuje tabela 5.

Tabela 5: *Stosowanie narkotyków i dopalaczy w przeszłości wśród osób chorujących na schizofrenię i w grupie kontrolnej*

Nazwa substancji	Osoby chorujące na schizofrenię		Grupa kontrolna	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Amfetamina	16	51,61	0	0
Marihuana	13	41,94	1	3,33
Metamfetamina	3	9,68	0	0
LSD	2	6,45	0	0
Ecstasy	2	6,45	0	0
Kodeina	2	6,45	0	0
Dopalacze	2	6,45	0	0
"Kleje"	1	3,23	0	0
Bliżej nieokreślona substancja	1	3,23	0	0

Wyniki wskazują na to, że grupa chorujących w przeszłości zdecydowanie częściej sięgała po narkotyki – zwłaszcza po amfetaminę. Wyniki te są spójne z dotychczasowymi badaniami dotyczącymi zależności pomiędzy zażywaniem amfetaminy a pojawianiem się objawów psychiatrycznych i początkiem procesu chorobowego (np. Peleg-Raibstein i in., 2018).

5.1.4. Sytuacja materialna i rodzinna

Charakterystykę sytuacji materialnej i rodzinnej obydwu grup prezentuje tabela 6.

W obydwu grupach dochody gospodarstwa domowego były do siebie zbliżone ($t=-0,37$, $p=0,71$). Osoby chorujące na schizofrenię żyły jednak przeważnie z dużo mniejszą liczbą osób w jednym domu ($M=2,80$; $SD=1,68$) niż osoby korzystające z pomocy ośrodków pomocy społecznej ($M=5,07$; $SD=1,66$). z tego powodu dochody *per capita* znacznie różniły się od siebie w obydwu grupach ($t=4,76$, $p<0,01$) i wśród chorujących na schizofrenię wynosiły przeciętnie 1272,98 zł., a w grupie kontrolnej – 740,55 zł.

Wśród chorujących na schizofrenię pracę podjęły 2 osoby. Przeciętna liczba lat pracy wynosiła 4,42 roku ($SD=6,09$), zatem była niższa od wymaganej liczby lat

składkowych do uzyskania renty. Ponadto 9 osób nigdy nie podejmowało żadnej pracy (29%). w grupie osób korzystających z pomocy OPS średnia liczba przepracowanych lat wynosiła 5,22 roku ($SD=4,83$), w momencie badania zatrudnione były 2 osoby (6,5%), a pracy nigdy nie podejmowały 4 osoby (13%).

Tabela 6: Sytuacja materialna gospodarstwa domowego w grupie osób chorujących na schizofrenię oraz w grupie kontrolnej

Grupa	N	M	SD	Mediana	Min.	Max.
OSOBY CHORUJĄCE NA SCHIZOFRENIĘ						
	ważnych					
Dochód rodziny	17	3503,66	2444,42	3400,00	530,00	10000,00
Dochód <i>per capita</i>	17	1272,98	494,66	1332,14	530,00	2000,00
Dochody z pracy	2	1470,00	98,99	1470,00	1400,00	1540,00
Lata pracy	31	4,42	6,09	3,00	0,00	26,00
Lata pobierania zasiłku	20	6,73	5,87	7,50	0,00	18,00
Dochód z zasiłku	19	360,26	411,73	153,00	20,00	1800,00
Lata pobierania renty	22	9,89	6,66	9,00	1,00	26,00
Dochód z renty	21	814,83	188,68	724,00	600,00	1247,00
L. dorosłych w domu	25	2,56	1,45	2,00	0,00	6,00
L. dzieci w domu	25	0,24	0,60	0,00	0,00	2,00
Suma osób	25	2,80	1,68	2,00	0,00	8,00
L. osób z zasiłkiem	26	0,62	0,57	1,00	0,00	2,00
L. osób z rentą	26	0,88	0,59	1,00	0,00	3,00
L. osób z emeryturą	26	0,38	0,70	0,00	0,00	3,00
L. osób pracujących	26	0,88	1,03	1,00	0,00	4,00
Dochód rodziny	29	3735,79	1804,80	3500,00	850,00	7500,00
Dochód <i>per capita</i>	29	740,55	266,80	714,29	257,14	1250,00
Dochody z pracy	2	675,00	247,49	675,00	500,00	850,00
Lata pracy	29	5,22	4,83	4,00	0,00	18,00
Lata pobierania zasiłku	17	4,74	3,77	3,00	0,50	12,00
Dochód z zasiłku	19	649,90	581,95	500,00	25,01	2000,00
Lata pobierania renty	3	4,00	2,65	3,00	2,00	7,00
Dochód z renty	3	745,18	0,00	745,18	745,18	745,18
L. dorosłych w domu	30	3,07	1,34	3,00	0,00	5,00
L. dzieci w domu	30	2,00	1,23	2,00	0,00	5,00
Suma osób	30	5,07	1,66	5,00	2,00	8,00
L. osób z zasiłkiem	30	1,27	1,23	1,00	0,00	5,00
L. osób z rentą	30	0,27	0,58	0,00	0,00	2,00
L. osób z emeryturą	30	0,37	0,72	0,00	0,00	2,00
L. osób pracujących	30	1,10	1,09	1,00	0,00	4,00

Dochody prezentowane są w złotych w jedną osobę na miesiąc.

Źródła dochodów wśród chorujących na schizofrenię były mało zróżnicowane.

Większość grupy uzyskiwała pieniądze z zasiłków (20 osób, 65%) oraz rent (22 osoby, 71%). Jeden z respondentów pozostawał na całkowitym utrzymaniu swojej rodziny. Średnia wysokość uzyskiwanych zasiłków wynosiła 360,26 zł. ($SD=411,73$), jednak istotna była tutaj przede wszystkim mediana (153,00 zł.). Jest to wysokość przyznawanych tzw. zasiłków pielęgnacyjnych w 2017 roku (wówczas badana była większość chorujących na schizofrenię). Średni dochód z renty w grupie chorujących wyniósł 814,83 zł. ($SD=188,68$), a mediana była równa 724,00 zł., co jest wynikiem zbliżonym do danych prezentowanych przez Kiejnę, Piotrowskiego i Adamowskiego (2014), gdzie średnia wysokość renty była szacowana na ok. 750 zł. w grupie kontrolnej, wśród klientów ośrodków pomocy społecznej, aż 9 osób (30%) nie uzyskiwało samodzielnie żadnych przychodów. Dwie osoby deklarowały bycie czynnymi na rynku pracy. Dziewiętnastu respondentów pobierało zasiłki (63%), zaś rentę – 3 osoby (10%). Średnia wysokość zasiłków wyniosła 649,90 zł. ($SD=582,00$; mediana równa 500 zł.).

W grupie chorujących na schizofrenię 5 osób mieszkało w zakładach opiekuńczo-leczniczych. Zwykle w gospodarstwie domowym mieszkały 2-3 osoby ($M=2,80$; $SD=1,68$), przeważnie dorosłe (dziecko mieszkało średnio w co czwartym domu). Dużo liczniejsze były domostwa klientów OPS ($M=5,07$; $SD=1,66$), gdzie przeciętnie w każdym z nich mieszkało dwoje dzieci. Skutkowało to m.in. uzyskiwaniem dodatkowych dochodów w ramach programu socjalnego "500+" (10 respondentów, 33%). Ponadto 5 badanych (17%) uzyskiwało alimenty na dzieci.

Pozostałe dochody w rodzinach pochodziły z pracy zawodowej, zasiłków, rent i emerytur pozostałych domowników. w domach osób chorujących na schizofrenię przeważnie jedna osoba pobierała zasiłek i/lub rentę (zwykle był to respondent) i jedna osoba (członek rodziny) pracowała zawodowo. Wśród klientów OPS wyniki były bardzo podobne, jednak respondenci nie uzyskiwali przeważnie dochodów z rent, lecz dość często, jak napisano wcześniej, z programu "500+" oraz z alimentów na dzieci. w grupie tej, w gospodarstwie domowym przeważnie pracowała jedna osoba.

5.2. Objawy chorobowe i dysfunkcje poznawcze

5.2.1. Objawy schizofrenii

Objawy schizofrenii określane były za pomocą narzędzia Clinican-Rated

Psychosis Dimensions (CRDP). Nasilenie symptomów oceniane było na pięciostopniowej skali (0-4), gdzie niższe wyniki oznaczają mniejsze nasilenie objawów. Ocena nasilenia objawów była dokonywana wspólnie z lekarzami prowadzącymi konkretnych pacjentów. Wyniki uzyskane przez respondentów prezentuje tabela 7.

Tabela 7: Nasilenie występowania objawów schizofrenii w grupie osób chorujących na schizofrenię – wyniki CRDP

Objawy	<i>0 Nieobecne</i>	<i>1 Niepewne</i>	<i>2 Łagodne</i>	<i>3 Umiarkowane</i>	<i>4 Silne</i>
Omamy	20	2	3	4	2
Urojenia	10	4	7	7	3
Zdezorgani- zowana mowa (myślenie)	11	9	8	2	1
Anormalne zachowania motoryczne	13	7	8	3	0
Objawy negatywne	7	5	14	5	0
Zaburzenia funkcji poznawczych	6	9	7	5	4
Depresja	13	6	11	1	0
Mania	22	3	6	0	0

Dane prezentują liczbę osób wśród chorujących na schizofrenię, które prezentowały konkretny poziom nasilenia objawów.

Najmocniej nasilonymi objawami w grupie badawczej były zaburzenia funkcji poznawczych ($M=1,74$; $SD=1,32$), urojenia ($M=1,65$; $SD=1,40$) oraz objawy negatywne ($M=1,55$; $SD=1,03$); z kolei najmniej – cechy maniakalne ($M=0,48$; $SD=0,81$), omamy ($M=0,90$; $SD=1,38$) i symptomy depresyjne ($M=1,00$; $SD=0,97$). Warto zauważyć, że w momencie badania respondenci przeważnie nie odczuwali lub nie wykazywali oznak omamów, urojeń, zdezorganizowanego myślenia, anormalnych zachowań, depresyjności i maniakalności. Niemniej jednak w przypadku urojeń czy omamów zmienność w grupie była dość wysoka.

5.2.2. Funkcjonowanie poznawcze

5.2.2.1. Pamięć operacyjna werbalna

Badanie pamięci operacyjnej werbalnej przeprowadzono przy pomocy próby klinicznej polegającej na powtarzaniu cyfr wprost i wspak. w poniższej tabeli zaprezentowano wyniki uzyskane przez osoby chorujące na schizofrenię i grupę kontrolną.

Tabela 8: Wykonanie zadania "powtarzanie cyfr wprost i wspak" wśród osób chorujących na schizofrenię i w grupie kontrolnej

Powtarzanie cyfr	Osoby chorujące na schizofrenię					Grupa kontrolna				
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>Mediana</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>Mediana</i>
Wprost	3,52	1,09	2	5	4	3,43	1,04	1	5	4
Wspak	1,42	0,96	0	4	1	1,83	0,79	0	3	2

Objaśnienie wyników: wynik równy "1" oznacza, że respondent zapamiętał 3 cyfry, "2" – 4 cyfry, "3" – 5 cyfr, "4" – 6 cyfr, "5" – 7 cyfr

Osoby chorujące na schizofrenię powtarzały przeciętnie ok. 5,5 cyfr po pierwotnym ich usłyszeniu, podobnie jak osoby z grupy kontrolnej. w przypadku powtarzania cyfr wspak chorujący wymieniali średnio ok. 3,5 cyfry, podczas gdy klienci OPS – ok. 4.

Wyniki w obydwu grupach porównano. Przy powtarzaniu cyfr wprost nie odnotowano istotnych statystycznie różnic między grupami (test *U* Manna-Whitneya, $U=449,50$, $p=0,83$). Różnice były zauważalne w przypadku powtarzania cyfr wspak ($U=339,50$, $p=0,07$). Oznacza to, że grupa chorujących na schizofrenię wykazała istotnie słabsze wykonanie w zadaniu wymagającym prawidłowego funkcjonowania pamięci operacyjnej werbalnej. Poziom istotności, a także analiza średnich i median wskazuje na to, że różnice te nie były duże.

5.2.2.2. Pamięć operacyjna wzrokowo-przestrzenna

Do zbadania funkcjonowania pamięci operacyjnej wzrokowo-przestrzennej użyto Testu Łączenia Punktów. Zmierzono czas wykonania części A i B oraz prawidłowość wykonania w obydwu grupach – osób chorujących na schizofrenię oraz w grupie kontrolnej (tabela 9). Porównanie obydwu grup wskazuje na występowanie istotnych statystycznie różnic w przypadku czasu wykonania części a TMT (test *U* Manna-

Whitneya, $U=320,50$, $p=0,04$), a także części B TMT ($U=193,00$, $p<0,01$). Porównanie liczby prawidłowo wykonanych prób wskazują na to, że nie występowały istotne statystycznie różnice w przypadku części a TMT (test Chi^2 z poprawką Yatesa $< 0,01$, $p=0,99$). w przypadku części B TMT również nie wykazano istotnych statystycznie różnic między grupami (test Chi^2 z poprawką Yatesa $=1,53$, $p=0,22$).

Tabela 9: Wykonanie Testu Łączenia Punktów (TMT) wśród osób chorujących na schizofrenię i w grupie kontrolnej

TMT	Osoby chorujące na schizofrenię					Grupa kontrolna				
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>Mediana</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>Mediana</i>
Część a – czas (s)	45,19	13,45	26	76	45	38,37	14,18	20	83	34,5
Część B – czas (s)	124,03	72,04	44	410	112	70,83	39,07	39	167	52
	<i>Prawidłowe</i>		<i>Nieprawidłowe</i>			<i>Prawidłowe</i>		<i>Nieprawidłowe</i>		
Część a – wykonanie (n)	30 (96,77%)		1 (3,23%)			30 (100%)		0 (0%)		
Część B – wykonanie (n)	14 (45,16%)		17 (54,84%)			22 (73,33%)		8 (26,67%)		

5.2.2.3. Uwaga wizualna

Badanie uwagi przeprowadzono przy użyciu Testu Uwagi d2. Obliczono kilka wskaźników uwagi: zmienna ilościowa szybkość spostrzegania, ogólna zdolność spostrzegania, liczba popełnionych błędów fałszywie negatywnych i fałszywie pozytywnych, liczba błędów ogólnie, zmienność tempa wykonania pracy. Wyniki w obydwu badanych grupach prezentuje tabela 10.

Wyniki uzyskane w badaniu przy użyciu testu U Manna-Whitneya wskazują na to, że występowały istotne statystycznie różnice pomiędzy grupami jedynie w trzech wskaźnikach – zmiennej ilościowej szybkości spostrzegania ($U=228,50$, $p<0,01$) oraz ogólnej zdolności spostrzegania ($U=212,00$, $p<0,01$), a także w zakresie popełniania błędów fałszywie pozytywnych ($U=340,50$, $p=0,09$). Drugi ze wskaźników jest zależny od zmiennej ilościowej szybkości spostrzegania (występują różnice) i od liczby popełnionych błędów ogólnie (bez różnic), co tłumaczy wynik porównania międzygrupowego.

Tabela 10: Wykonanie Testu Uwagi d2 wśród osób chorujących na schizofrenię i w grupie kontrolnej

	Osoby chorujące na schizofrenię					Grupa kontrolna				
d2	M	SD	Min.	Max.	Mediana	M	SD	Min.	Max.	Mediana
WZ*	377,67	100,36	220	731	368	477,73	121,65	268	653	481,5
B1	45,97	40,61	3	186	37	47,97	41,4	1	137	29
B2**	3,43	7,28	0	39	1	1,23	2,31	0	12	0
B	49,39	44,45	3	189	39	49,2	42,43	4	149	31
%B	12,33	8,75	0,96	40,62	10,66	9,69	8,00	1,07	37,63	7,43
WZ-B*	328,29	79,16	190	542	310	428,43	103,74	239	642	431,5
GP	14,7	6,83	2	35	13,5	11,83	6,65	1	34	11,5

WZ – zmienna ilościowa szybkość spostrzegania, B1 – błędy fałszywie negatywne, B2 – błędy fałszywie pozytywne, B – ogólna liczba błędów, %B – procent błędów w opracowanej części testu, WZ-B – ogólna zdolność spostrzegania, GP – zmienność tempa wykonywania pracy

**Istotne statystycznie różnice między grupami (test U Manna-Whitneya, $p < 0,05$)

*Istotne statystycznie różnice między grupami (test U Manna-Whitneya, $p < 0,10$)

5.2.2.4. Hamowanie reakcji automatycznych

Analiza umiejętności hamowania reakcji automatycznych została przeprowadzona za pomocą wskaźników w postaci poprawności wykonania części B Testu Łączenia Punktów oraz liczby popełnionych błędów fałszywie pozytywnych w Teście Uwagi d2.

Wśród chorujących na schizofrenię część B TMT prawidłowo wykonało 14 osób (45,16%) respondentów, podczas gdy w grupie kontrolnej – 22 osoby (73,33%). Porównanie między grupami (test Chi^2 z poprawką Yatesa=1,53, $p=0,22$) wskazuje na brak istotnych statystycznie różnic, jednak zauważalna jest pewna tendencja, w której osoby chorujące na schizofrenię popełniały więcej błędów (por. tabela 9).

Analiza liczby popełnionych błędów fałszywie pozytywnych w badaniu Testem Uwagi d2 (tabela 9) z kolei wskazuje na występowanie istotnych statystycznie różnic między grupami ($U=340,50$, $p=0,09$), jednak dopiero przy przyjęciu bardziej liberalnego poziomu istotności. Podobnie jak w przypadku różnic w hamowaniu reakcji automatycznych w TMT, zauważalna była pewna skłonność wśród chorujących na schizofrenię, by w mniejszym stopniu hamować reakcje automatyczne w zadaniach wzrokowo-przestrzennych.

5.3. Funkcjonowanie ekonomiczne

5.3.1. Zakres aktywności ekonomicznej

Respondentów zapytano o to, kto w ich miejscu zamieszkania dokonuje codziennych zakupów. Wyniki przedstawia tabela 11.

Samodzielnie zakupy dla gospodarstwa domowego dokonuje 35,48% osób chorujących i 43,33% klientów OPS. Obowiązek ten jest dzielony z co najmniej jedną osobą przez 38,71% pacjentów ze schizofrenią i 53,33% osób z grupy kontrolnej. Zakupów dla gospodarstwa domowego nie dokonuje w ogóle 25,81% chorujących i 3,33% wśród respondentów korzystających z pomocy społecznej.

Tabela 11: Samodzielność dokonywanych zakupów dla gospodarstwa domowego wśród osób chorujących na schizofrenię i w grupie kontrolnej

	Osoby chorujące na schizofrenię		Grupa kontrolna	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Samodzielnie	11	35,48	13	43,33
badany + 1 osoba	10	32,26	13	43,33
badany + więcej niż 1 osoba	2	6,45	3	10,00
inne osoby	8	25,81	1	3,33

Sprawdzono również, kto w gospodarstwie domowym opłacał rachunki i czyje pieniądze przeznaczone były na ten cel. w grupie osób chorujących na schizofrenię najczęściej opłacaniem rachunków zajmowali się rodzice pacjentów (58,33%). w grupie kontrolnej matka (lub teściowa) i ojciec opłacali rachunki dużo rzadziej (10%). Wśród chorujących na schizofrenię 12,5% deklaroowało, że opłat dokonywał współmałżonek (nikt w grupie kontrolnej). Wspólne płacenie za rachunki zgłaszała tylko jedna osoba chorująca (4,17%), podczas gdy wśród klientów ośrodków pomocy społecznej było to 36,67%. Samodzielność w zakresie uiszczania opłat za rachunki w domu deklaroowało 25% osób chorujących i 53,33% osób z grupy kontrolnej. Wśród osób chorujących na schizofrenię najczęściej na zapłacenie rachunków przeznaczone były pieniądze ich rodziców (33,33%). w grupie kontrolnej taka sytuacja miała miejsce tylko u jednego respondenta (3,45%). Wspólnie z innymi domownikami czynsz i media opłacało 29,17%

chorujących i 75,86% klientów ośrodków pomocy społecznej. Pieniądze współmałżonków służyły uregulowaniu należności u 12,50% chorujących i u jednego respondenta z grupy kontrolnej (3,45%). Wśród badanych korzystających z pomocy OPS jeden respondent korzystał z dofinansowania, jeden przeznaczał na to pieniądze z dotacji dla dzieci. w grupie osób ze schizofrenią jeden respondent uzyskiwał pieniądze od innej osoby (niespokrewnionej). w całości rachunki za czynsz i media opłacało 5 osób chorujących na schizofrenię (20,83%) i troje klientów OPS (10,34%).

Badanych zapytano również o to, jak często dokonywali zakupów (ogólnie, nie tylko dla potrzeb gospodarstwa domowego). Wyniki prezentuje tabela 12. Uzyskane rezultaty wskazują na to, że w obydwu grupach najczęściej zakupy dokonywane były co 1-2 dni. Chorujący rzadziej dokonywali zakupów codziennie. w obydwu grupach tylko jeden respondent deklarował, że w ogóle nie podejmuje tego typu aktywności.

Tabela 12: Częstotliwość robienia zakupów wśród osób chorujących na schizofrenię i w grupie kontrolnej

	Osoby chorujące na schizofrenię		Grupa kontrolna	
	N	%	N	%
Codziennie	3	10,34	8	30,77
3-5 / tydzień	9	31,03	5	19,23
1-2 / tydzień	16	55,17	12	46,15
W ogóle	1	3,45	1	3,85

Badani odpowiedzieli na pytanie dotyczące tego, w jakim stopniu robienie codziennych zakupów było dla nich trudne. w obydwu grupach respondenci deklarowali najczęściej brak jakichkolwiek trudności z robieniem codziennych zakupów. Niemniej jednak wśród osób chorujących prawie co czwarta osoba zgłaszała bardzo częste problemy w tym zakresie. Dla dwóch respondentów robienie codziennych zakupów było niemożliwe do wykonania. Wyniki przedstawiono w tabeli 13.

Sprawdzono również to, jakie kwoty pieniędzy osoby chorujące na schizofrenię oraz klienci ośrodków pomocy społecznej przeznaczali na utrzymanie gospodarstwa domowego. Wyniki prezentuje tabela 14.

Tabela 13: Stopień trudności zakupów wśród osób chorujących na schizofrenię i w grupie kontrolnej

	Osoby chorujące na schizofrenię		Grupa kontrolna	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Nie, nie mam problemów z robieniem zakupów	17	54,84	26	86,67
Czasami mam z nimi trudności	5	16,13	2	6,67
Bardzo często mam trudności z zakupami	7	22,58	2	6,67
Zakupy są dla mnie niemożliwe do wykonania	2	6,45	0	0,00

Tabela 14: Kwoty (PLN/miesiąc) przeznaczane przez osoby chorujące na schizofrenię i przez grupę kontrolną w różnych sferach codziennego życia

	Czynsz i media*	Zakupy do domu*	Zakupy dla siebie	Inne wydatki*
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>
Osoby chorujące na schizofrenię (n=25)	188,98 (245,55)	211,00 (312,41)	186,17 (250,27)	146,25 (394,13)
Grupa kontrolna (n=30)	455,00 (217,49)	900,00 (498,27)	156,67 (148,98)	0,00 (0,00)

*Istotne statystycznie różnice między grupami (test U Manna-Whitneya, $p < 0,05$)

Badani z grupy kontrolnej przeznaczali znacznie wyższe kwoty na utrzymywanie gospodarstwa domowego, czyli na czynsz i media ($U=154,00$, $p < 0,01$) oraz na zakupy przeznaczane na potrzeby gospodarstwa domowego ($U=76,00$, $p < 0,01$), z kolei osoby chorujące na schizofrenię wydawały wyższe kwoty na inne wydatki ($U=330,00$, $p=0,02$).

Ponadto sprawdzono zależność pomiędzy wiekiem zachorowania na schizofrenię a kwotami przeznaczanymi na zakupy tylko dla siebie. Okazało się, że osoby, które zachorowały wcześniej, miały tendencje do wydawania większych sum na własne potrzeby ($\rho=-0,38$; $p < 0,10$).

5.3.2. Kompetencje finansowe

5.3.2.1 Rozumienie koncepcji pieniądza

Opiniowanych zapytano o to, czym według nich są pieniądze. Odpowiedzi poddano analizie pod kątem przekonań symbolicznych (np. „pieniądze rządzą światem”,

„pieniądze to są same przyjemności”) i instrumentalnych (np. „środek płatniczy”, „dają możliwość życia, bez nich człowiek by umarł”). W grupie osób chorujących na schizofrenię dominowało przekonanie dotyczące instrumentalnego postrzegania pieniędzy (67,74% odpowiedzi). w grupie kontrolnej odsetek tego typu odpowiedzi był jeszcze większy (90,00%). Symboliczne rozumienie pieniędzy deklarowało 19,35% osób chorujących na schizofrenię i 3,33% klientów OPS. Niemożliwe do oceny były wypowiedzi 9,67% osób chorujących i 6,67% z grupy kontrolnej. Wśród chorujących pojawiła się również odpowiedź wskazująca na mieszaną postawę (3,23%).

5.3.2.2. Rozumienie wartości pieniądza

Respondenci zostali poproszeni o to, by oszacowali ceny wymienionych produktów. Lista produktów składała się z 34 produktów: 30 produktów „tanich” – spożywczych, chemicznych, higienicznych i 4 produkty „drogie” – laptop, smartphone, telewizor i nowy samochód (por. załączniki 1 i 2). Sprawdzono liczbę prawidłowo podanych cen oraz błędów – zawyżania cen i ich zaniżania. Wyniki prezentuje tabela 15.

Biorąc pod uwagę wszystkie produkty na liście (30) osoby chorujące podawały przeciętnie 13,90 ($SD=4,90$) poprawnych odpowiedzi, podczas gdy osoby z grupy kontrolnej – 17,20 ($SD=3,03$). Zauważalne były istotne statystycznie różnice pomiędzy grupami ($t=-3,62$, $p<0,01$). Pacjenci ze schizofrenią przejawiali większą skłonność do zawyżania cen produktów ($M=10,74$; $SD=4,32$) – w porównaniu do klientów ośrodków pomocy społecznej ($M=8,63$; $SD=2,98$) ($t=2,25$, $p=0,03$). Obydwie grupy nie różniły się pod względem skłonności do zaniżania cen (średnia w grupie osób ze schizofrenią=9,06; średnia w grupie kontrolnej=7,67). Osoby chorujące na schizofrenię przeciętnie podawały 13,13 ($SD=4,00$; możliwy maksymalny wynik wynosił 26) poprawnych odpowiedzi, gdy byli pytani o ceny produktów „tanich”. w grupie kontrolnej średnia wyniosła 16,80 ($SD=3,04$). Wyraźne były istotne statystycznie różnice międzygrupowe ($t=-4,05$, $p<0,01$). Grupy różniły się między sobą również w kwestii zawyżania cen (średnia w grupie osób chorujących=9,61, $SD=4,01$; średnia w grupie kontrolnej= 7,73, $SD=2,98$) ($t=2,07$; $p=0,04$), lecz nie w przypadku zaniżania cen (średnia w grupie osób chorujących=6,97, $SD=3,42$; średnia w grupie kontrolnej=5,10, $SD=2,47$), co przypomina wyniki uzyskane, gdy brane były pod uwagę wszystkie produkty („codzienne” i „drogie”).

Analiza szacowania cen produktów „drogich” wskazuje na to, że lepiej radzili sobie w tym zakresie pacjenci chorujący na schizofrenię, podając przeciętnie 0,74

poprawnych odpowiedzi (na 4 możliwe; $SD=0,77$). w grupie kontrolnej wynik ten wyniósł 0,40 ($SD=0,72$). Występowały istotne statystycznie różnice między grupami ($U=344,00$, $p=0,04$). Obydwie grupy miały podobną skłonność do zawyżania cen drogich produktów (średnia w grupie osób chorujących= $1,13$, $SD=1,06$; średnia w grupie kontrolnej= $0,83$, $SD=0,83$). Klienci ośrodków pomocy społecznej przejawiali większą tendencję do zaniżania cen „drogich produktów” ($M=2,77$; $SD=0,86$) od osób chorujących na schizofrenię ($M=2,10$; $SD=1,14$) ($U=302,50$, $p=0,01$).

Tabela 15: Liczba poprawnie oszacowanych cen produktów wśród osób chorujących na schizofrenię i w grupie kontrolnej

	Osoby chorujące na schizofrenię		Grupa kontrolna	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Poprawne odpowiedzi**	13,90	3,99	17,20	3,03
Zawyżone**	10,74	4,32	8,63	2,81
Zaniżone	9,06	3,81	7,67	2,78
Poprawne – „tanie”**	13,13	3,96	16,80	3,04
Zawyżone – „tanie”**	9,61	4,01	7,73	2,98
Zaniżone – „tanie”	6,97	3,42	5,10	2,47
Poprawne – „drogie”*	0,74	0,77	0,40	0,72
Zawyżone – „drogie”	1,13	1,06	0,83	0,83
Zaniżone – „drogie”*	2,10	1,14	2,77	0,86

** Istotne statystycznie różnice między grupami (test t-Studenta, $p<0,05$)

* Istotne statystycznie różnice między grupami (test U Manna-Whitneya, $p<0,05$)

5.3.2.3. Sprawność rachunkowa

Respondenci wykonali również trzy zadania wymagające umiejętnego liczenia pieniędzy (Załącznik 1 i Załącznik 2). Maksymalnie badani mogli uzyskać 5 punktów (5 prawidłowych odpowiedzi) za każde z trzech zadań.

Pierwsze z zadań (polegającym na liczeniu pieniędzy) sprawdzających sprawność rachunkową zostało wykonane przez obydwie grupy bezbłędnie. w drugim (samodzielne płacenie) zauważalne były istotne statystycznie różnice między grupami – osoby z grupy kontrolnej uzyskiwały wyższe wyniki ($M=4,93$; $SD=0,37$) od osób chorujących na schizofrenię ($M=4,52$; $SD=0,81$) ($U=330,00$; $p<0,01$). Porównanie obydwu grup pod względem umiejętnego określania tego, czy wydawano im resztę w sposób prawidłowy, nie wykazywało wyraźnych różnic ($U=366,00$, $p=0,13$), jednak widoczna była pewna

tendencja statystyczna wskazująca na lepsze wykonywanie zadania przez klientów ośrodków pomocy społecznej (średnia dla grupy osób chorujących=3,74; średnia dla grupy kontrolnej=4,30). Wyniki w obydwu grupach prezentuje tabela 16.

Tabela 16: *Liczba poprawnie wykonanych zadań związanych ze sprawnością rachunkową*

	Osoby chorujące na schizofrenię		Grupa kontrolna	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
„Suma”	5,00	0,00	5,00	0,00
„Płacenie” [*]	4,52	0,81	4,93	0,37
„Reszta”	3,74	1,29	4,30	0,84

* Istotne statystycznie różnice między grupami (test U Manna-Whitneya, $p < 0,05$)

5.3.2.4 Postawy wobec różnorodnych zachowań finansowych

Postawy wobec różnorodnych zachowań finansowych badano przy użyciu Kwestionariusza Postaw wobec Zachowań Finansowych (KPZF) (Wąsowicz-Kiryło, 2013).

Każda ze skal składa się z różnej liczby itemów. Respondenci zaznaczali to, w jakim stopniu zgadzali się z każdym ze stwierdzeń na 6-stopniowej skali (0 – „stwierdzenie w ogóle do mnie nie pasuje”, 1 – „stwierdzenie bardzo słabo do mnie pasuje”, 2 – „stwierdzenie słabo do mnie pasuje”, 3 – „stwierdzenie średnio do mnie pasuje”, 4 – „stwierdzenie mocno do mnie pasuje”, 5 – „stwierdzenie bardzo mocno do mnie pasuje”). Niemal we wszystkich skalach wynik wyższy oznacza bardziej przychylną postawę wobec zachowań finansowych – wyjątkiem jest tutaj postawa wobec zaciągania zobowiązań finansowych (kredytów). Wyniki uzyskane w obydwu grupach prezentuje tabela 17.

Grupy różniły się między sobą jedynie w zakresie postaw wobec korzystania z usług bankowych ($U=266,00$, $p < 0,01$) – osoby chorujące na schizofrenię charakteryzowały się bardziej pozytywnym nastawieniem do tego typu aktywności od klientów ośrodków pomocy społecznej.

Tabela 17: Wyniki wykonania Kwestionariusza Postaw wobec Zachowań Finansowych przez osoby chorujące na schizofrenię i przez grupę kontrolną

Skala (maksymalna możliwa liczba punktów)	Osoby chorujące na schizofrenię		Grupa kontrolna	
	M	SD	M	SD
Usługi bankowe (25)*	17,06	5,69	11,60	7,71
Pieniądz bezgotówkowy (30)	17,26	8,32	17,17	7,27
Kredyty (30) ⁱ	21,94	7,88	22,67	6,08
Oszczędzanie (25)	18,26	5,34	20,27	4,13
Inwestowanie (30)	14,39	9,33	13,20	6,72
Ubezpieczenia (30)	16,26	8,89	17,50	6,65
Podatki (30)	21,81	6,83	20,17	5,83

* Istotne statystycznie różnice między grupami (test U Manna-Whitneya, $p < 0,05$)

ⁱ Wyższy wynik oznacza bardziej negatywną postawę wobec konkretnego zachowania finansowego

5.3.3. Charakterystyki funkcjonowania finansowego

Charakterystyki funkcjonowania finansowego badano za pomocą wybranych skal Kwestionariusza Charakterystyk Funkcjonowania Finansowego (Wąsowicz-Kiryło, 2013). Podobnie jak w przypadku Kwestionariusza Postaw wobec Zachowań Finansowych (PZF), każda ze skal składała się z różnej liczby itemów, a odpowiedzi udzielano przy użyciu 6-stopniowej skali (0 – „stwierdzenie w ogóle do mnie nie pasuje”, 1 – „stwierdzenie bardzo słabo do mnie pasuje”, 2 – „stwierdzenie słabo do mnie pasuje”, 3 – „stwierdzenie średnio do mnie pasuje”, 4 – „stwierdzenie mocno do mnie pasuje”, 5 – „stwierdzenie bardzo mocno do mnie pasuje”). Wyższe wyniki oznaczają większą skłonność do przejawiania konkretnych charakterystyk. w przypadku postawy wobec podejmowania ryzyka finansowego wyższy wynik świadczy o bardziej negatywnej postawie. w skali „umiejscowienie kontroli finansowej” wyższy wynik oznacza tendencji do bardziej zewnętrznego *locus* kontroli. Wyniki zaprezentowano w tabeli 18.

Rezultaty uzyskane przez respondentów pokazują, że osoby chorujące na schizofrenię uzyskiwały wyższy wynik w skali „finansowa perspektywa temporalna ukierunkowana na teraźniejszość” ($t=3,23$, $p < 0,01$) a także charakteryzują się mniejszą

refleksyjnością przy podejmowaniu decyzji finansowych ($t=-5,54$, $p<0,01$). Jednocześnie uzyskano wyższe wyniki wśród osób chorujących na schizofrenię w zakresie pozytywnych postaw wobec podejmowania ryzyka finansowego ($t=-1,22$, $p=0,23$) i wewnętrznego poczucie kontroli finansowej ($t=-1,30$, $p=0,20$). Różnice nie były jednak istotne statystycznie.

Tabela 18: Wyniki wykonania Kwestionariusza Charakterystyk Funkcjonowania Finansowego przez osoby chorujące na schizofrenię i przez grupę kontrolną

Skala (maksymalna możliwa liczba punktów)	Osoby chorujące na schizofrenię		Grupa kontrolna	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Postawa wobec podejmowanie ryzyka finansowego (30) ⁱ	18,16	6,90	20,33	6,96
Finansowa perspektywa temporalna ukierunkowana na przyszłość (20)	11,65	5,02	11,40	3,95
Finansowa perspektywa temporalna ukierunkowana na teraźniejszość (20)*	11,32	4,55	7,80	3,93
Refleksyjność decyzji finansowych (30)*	18,39	3,97	24,00	3,94
Umiejscowienie kontroli finansowej (40) ^z	20,74	5,33	22,67	6,23

* Istotne statystycznie różnice między grupami (test t-Studenta, $p<0,05$)

ⁱ Wyższy wynik oznacza bardziej negatywną postawę wobec podejmowania ryzyka finansowego

^z Wyższy wynik oznacza bardziej zewnętrzne umiejscowienie kontroli finansowej

5.3.4. Wiedza o potrzebach gospodarstwa domowego

Respondenci odpowiedzieli na pytanie otwarte: „Jak Pan(i) myśli – jakie zakupy są najistotniejsze, by w domu było wszystko to, co najbardziej potrzebne?”. Odpowiedzi sklasyfikowano do kilku kategorii. Wyniki prezentowane są w tabeli 19.

W obydwu grupach za najistotniejsze uznano artykuły spożywcze. w grupie kontrolnej respondenci dużo częściej zwracali uwagę na konieczność kupowania artykułów chemicznych (proszki, kosmetyki itd.). Dwie osoby w grupie osób chorujących uznały, że niezbędne jest kupowanie papierosów i doładowań do kart na telefony komórkowe. Odzież i ubrania zostały potraktowane jako ważne przez jedną osobę

chorującą na schizofrenię i jednego klienta ośrodka pomocy społecznej.

Tabela 19: Klasyfikacja odpowiedzi na pytanie „Jakie zakupy są najistotniejsze, by w domu było wszystko to, co najbardziej potrzebne?” w obydwu grupach badawczych

	Osoby chorujące na schizofrenię		Grupa kontrolna	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Artykuły spożywcze	29	93,55	29	96,67
Artykuły chemiczne	6	19,35	15	50,00
Inne	2	6,45	0	0,00
Odzież, ubrania	1	3,23	1	3,33

Ponadto badanych zapytano o to, czy wiedzieli, ile pieniędzy wydawanych było na rachunki (czynsz i media). Sprawdzono tym samym, czy badani w ogóle mieli wiedzę na temat potrzeb ekonomicznych gospodarstwa domowego. z analizy wykluczono 5 mieszkańców ZOL. Wśród osób chorujących na schizofrenię tylko 58,06% respondentów wiedziało, ile pieniędzy wydawanych jest na rachunki (czynsz i media) w miejscu ich zamieszkania. w grupie kontrolnej taką wiedzę posiadali wszyscy badani.

5.3.5. Zachowania zakupowe

Do analizy zachowań zakupowych respondentów wykorzystano stworzone na potrzeby badania narzędzie – „Sklep”.

5.3.5.1 Wybieranie produktów pożądanых

Analiza dokonywania samodzielnych zakupów (gdzie respondenci sami wybierają produkty, bez listy) wskazywała na to, że osoby chorujące na schizofrenię przejawiały wyraźną tendencję do wybierania mniejszej liczby produktów od klientów OPS ($U=150,50$, $p<0,01$). w całym badaniu osoby chorujące wybierały przeciętnie ok. 13 produktów ($M=13,30$; $SD=4,13$) podczas jednorazowych zakupów, podczas gdy w grupie kontrolnej było to ok. 20 produktów ($M=19,80$; $SD=5,18$). W grupie chorujących przeciętny czas dokonywania zakupów wyniósł 229,77 s. ($SD=140,81$) (średnio 13,35 s. na wybór jednego produktu; $SD=6,60$) i 198,43s. ($SD=69,23$) (średnio 9,74 s. na wybór jednego produktu; $SD=3,28$) wśród klientów OPS. Charakterystyki dokonywania samodzielnych zakupów w obydwu grupach prezentuje tabela 20.

Tabela 20: Opis samodzielnego wykonywania zakupów wśród osób chorujących na schizofrenię i w grupie kontrolnej

Charakterystyka	Osoby chorujące na schizofrenię		Grupa kontrolna	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Liczba wybranych produktów*	13,30	4,13	19,80	5,18
Czas dokonywania zakupów [s.]	229,77	140,81	198,43	69,23
Przeciętny czas wyboru jednego produktu [s.]**	13,35	6,60	9,74	3,28
Kwota wydana na zakupy [zł.]	88,68	57,44	102,99	36,57

** Istotne statystycznie różnice między grupami (test U Manna-Whitneya, $p < 0,10$)

* Istotne statystycznie różnice między grupami (test t-Studenta, $p < 0,05$)

W badaniu wyraźne były istotne statystycznie różnice pomiędzy grupami przy porównaniu liczby wybieranych produktów (osoby ze schizofrenią wybierały ich mniej) oraz przy przeciętnym czasie wyboru jednego produktu (osoby chorujące potrzebowały więcej czasu). w przypadku różnic w kwotach wydawanych na zakupy widoczna była pewna tendencja statystyczna ($U=353,00$, $p=0,11$) wskazująca na skłonność klientów OPS do tego, by wydawać więcej pieniędzy.

Częstość wybierania konkretnych produktów w obydwu grupach zaprezentowano w załączniku 4.

Ponadto dokonano analizy częstości wyboru produktów w poszczególnych kategoriach. Wyniki przedstawiono w tabeli 21.

Rozkład procentowy w wyborze produktów należących do poszczególnych kategorii był w obydwu grupach bardzo podobny. Najczęściej wybierany był nabiał (osoby chorujące na schizofrenię – 25,06%; grupa kontrolna – 23,35%), a najrzadziej (osoby chorujące na schizofrenię – 5,06%; grupa kontrolna – 5,41%) – tłuszcze (olej, oliwa, smalec). w grupie kontrolnej nieco częściej wybierane są produkty „sypkie” (makaron, ryż, kasza), a w grupie osób chorujących na schizofrenię – mięso.

Tabela 21: Rozkład procentowy wyboru kategorii produktów w grupie chorujących na schizofrenię i w grupie kontrolnej

	Osoby chorujące na schizofrenię	Grupa kontrolna
<i>Rodzaj produktów</i>		
Nabiał	25,06%	23,35%
Napoje	13,16%	13,37%
Słodycze	13,16%	14,21%
Mięso	12,41%	9,48%
Pieczewo	8,35%	5,92%
„Sypkie”	8,35%	12,69%
Warzywa i owoce	7,34%	9,64%
Używki	7,09%	5,92%
Tłuszcze	5,06%	5,41%

Obydwie grupy porównano pod kątem częstości wybierania produktów z poszczególnych kategorii. Osoby chorujące na schizofrenię rzadziej sięgały po napoje (test Kołmogorowa-Smirnowa: $p < 0,05$), produkty „sypkie” (test Kołmogorowa-Smirnowa: $p < 0,01$), nabiał (test t-Studenta: $t = 3,73$, $p < 0,01$), warzywa i owoce (test Kołmogorowa-Smirnowa, $p < 0,05$). Nie wykazano różnic w zakresie częstotliwości sięgania po inne grupy artykułów.

Wybierane produkty podzielono na trzy kategorie cenowe. Każdy rodzaj produktu (np. mleko, warzywa, cukierki, piwo) dostępny był w trzech różnych cenach (np. makaron – Value kolanka za 1,19 zł., Lubella wstążki za 3,39 zł. i Fusilli Lunghi za 21,99zł.). Sprawdzono to, z jaką częstotliwością wybierane były w obydwu grupach respondentów produkty z poszczególnych kategorii

Wyniki wskazują na to, że osoby chorujące na schizofrenię wybierały mniej produktów „tanich” ($t = -4,66$, $p < 0,01$) i „średnich” ($t = -1,99$, $p = 0,05$) niż osoby korzystające z pomocy opieki społecznej. Warto zwrócić tu jednak uwagę na wykazaną

wcześniej prawidłowość, zgodnie z którą osoby chorujące na schizofrenię wybierały zwykle mniejszą liczbę produktów. z tego powodu dokonano analizy procentowego rozkładu kategorii cenowych w obydwu grupach badawczych. Wyniki przedstawia tabela 22.

Tabela 22: Procentowy rozkład częstości wyboru produktów „tanich”, „średnich” i „drogich” wśród osób chorujących na schizofrenię i w grupie kontrolnej – zakupy samodzielne

<i>Grupa cenowa</i>	Osoby chorujące na schizofrenię		Grupa kontrolna	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
„Tanie” (%)*	45,55	20,55	55,70	21,28
„Średnie” (%)	41,53	17,33	36,78	18,76
„Drogie” (%)**	12,92	11,56	7,52	6,16

** Istotne statystycznie różnice między grupami (test U Manna-Whitneya, $p<0,10$)

* Istotne statystycznie różnice między grupami (test t-Studenta, $p<0,10$)

Tabela 23: Częstość wyboru produktów „tanich”, „średnich” i „drogich” wśród osób chorujących na schizofrenię i w grupie kontrolnej – zakupy z listą

<i>Grupa cenowa</i>	Osoby chorujące na schizofrenię		Grupa kontrolna	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
„Tanie”**	7,50	2,30	9,47	3,13
„Średnie”	5,73	2,35	5,90	2,99
„Drogie”**	1,83	1,76	0,70	0,88

** Istotne statystycznie różnice między grupami (test U Manna-Whitneya, $p<0,05$)

* Istotne statystycznie różnice między grupami (test t-Studenta, $p<0,05$)

Biorąc pod uwagę liczbę wybieranych produktów w samodzielnie dokonywanych zakupach (bez listy zakupów), osoby chorujące na schizofrenię miały tendencję do częstszego wybierania produktów droższych ($U=322,00$, $p=0,06$) i rzadszego wybierania produktów tańszych ($t=-1,88$, $p=0,07$) – w porównaniu do grupy kontrolnej. Podobnej analizy dokonano porównując kategorie cenowe produktów wybieranych w ramach robienia zakupów z listą artykułów. Wyniki prezentuje tabela 23.

Uzyskane rezultaty są podobne do tych, które uzyskano w ramach „samodzielnych” zakupów. Osoby chorujące na schizofrenię miały większą tendencję do kupowania produktów „drogich” ($U=267,00$; $p<0,01$) i mniejszą do wybierania produktów „tanich” ($t=-2,78$, $p<0,01$) od osób z grupy kontrolnej. w zakresie częstości wybierania produktów „średnich” nie wykazano różnic istotnych statystycznie.

Tabela 24: Uśredniona kolejność wybierania produktów wśród osób chorujących na schizofrenię i w grupie kontrolnej

Osoby chorujące na schizofrenię			Grupa kontrolna		
Produkty	M	#	Produkty	M	#
Milka Choco Biscuit 150 g. (H)	3,00	1	Hoop Cola 2 l. (H)	2,00	1
Coca-Cola 2 l. (H)	4,33	2	Milka Choco Biscuit 150 g. (H)	7,17	2
Mąka Pszena Value 1 kg (C)	4,50	3	Herbata Czarna Tetley Intensive 25 torebek (H)	7,18	3
Bułka Polska (C)	5,13	4	Coca-Cola 2 l. (H)	7,29	4
10 jaj M (C)	5,45	5	Cukier Biały 1 kg. (C)	7,31	5
Śmietana Value 18% 200g. (C)	5,50	6	Biszkopty z Galaretką Pomarańczową 130 g. (H)	7,44	6
Chleb Pszenno-Żytni 500g. (C)	5,56	7	Mąka Luksusowa Lubella 1 kg (C)	8,00	7
Ser Serenada Radamer 135g. (C)	5,88	8	Makaron Value Kolanka 500 g. (C)	8,00	8
Masło Extra 200 g. (C)	6,63	9	Drops Value Truskawkowe 100 g. (H)	8,00	9
Hoop Cola 2 l. (H)	6,67	10	Papierosy Chesterfield (H)	8,17	10
Mąka Luksusowa Lubella 1 kg (C)	7,00	11	Woda Mineralna Polanicka 0,5 l. (C)	8,33	11
10 jaj L (C)	7,00	11	Woda Mineralna Nałęczowianka 0,5 l. (C)	8,60	12
Ser Salami Mlekpól 100g. (C)	7,09	13	Zimne Mleko 3,2% 1 l. (C)	8,67	13
			Kawa Tchibo Family Rozpuszczalna 100 g. (H)	8,77	14
			Smalec Wyborowy 200g. (C)	9,00	15
			Smalec SmakMak 200g. (C)	9,17	16
			Kawa Mielona Value 150 g. (H)	9,20	17
			10 jaj L (C)	9,40	18
			Masło Extra 200 g. (C)	9,60	19
			Czekolada Mleczna Milka 100 g. (H)	9,60	20

(C) – produkty „codzienne”; (H) – produkty „hedonistyczne”

Tabela 24. prezentuje to, jaka była uśredniona kolejność wybierania produktów w obydwu grupach badawczych. w grupie osób chorujących na schizofrenię wśród 13⁷ najczęściej wybieranych produktów trzy z nich stanowiły artykuły „hedonistyczne” (niosące zwiększone ryzyko uzależnień). Było to 23,08% wszystkich produktów. Klienci OPS prezentowali większą tendencję do wybierania artykułów „hedonistycznych”

⁷ Jest to uśredniona liczba wybieranych produktów w grupie chorujących na schizofrenię

(45,00% z 20⁸ produktów). Co istotne, wśród chorujących na schizofrenię wykazano korelację pomiędzy liczbą wybieranych produktów hedonistycznych a wiekiem zachorowania ($\rho=-0,41$; $p<0,05$).

5.3.5.2. Umiejętność korzystania z listy zakupów

Zadaniem badanych było ponowne dokonanie zakupów w „Sklepie”, jednak tym raz przekazano im listę zakupów z czternastoma produktami. Wyniki prezentuje tabela 25.

Tabela 25: Opis wykonywania zakupów z listą wśród osób chorujących na schizofrenię i w grupie kontrolnej

Charakterystyka	Osoby chorujące na schizofrenię		Grupa kontrolna	
	M	SD	M	SD
Liczba wybranych produktów	14,97	2,08	16,03	2,11
Czas dokonywania zakupów [s.]	250,33	95,45	229,40	89,57
Przeciętny czas wyboru jednego produktu [s.]	17,16	7,94	14,31	5,47
Kwota wydana na zakupy [zł.]	97,43	24,97	96,00	17,04

W opisywanych charakterystykach nie występowały istotne statystycznie różnice pomiędzy grupami ($p>0,10$ dla każdej z charakterystyk). Liczba wybieranych produktów w obydwu grupach była zbliżona do liczby wymienionych artykułów w liście (14).

Ponadto sprawdzono to, jak często wybierane były poszczególne produkty. Prezentuje je tabela 26. Najczęściej wybieranymi produktami przez osoby chorujące na schizofrenię były: cebula (26 wskazań), dorsz (23), jabłka polskie jonagold (20), makaron Lubella wstążki (17), ser salami Mleko (17), masło extra (16), czekolada mleczna Milka (15), kasza gryczana Melvit (15), 10 jaj M (15), chleb pszenno-żytni (15). Wszystkie wymienione produkty były produktami z listy zakupów. w grupie klientów OPS najczęściej sięgano po: cebulę (29 wskazań), 10 jaj M (23), chleb pszenno-żytni (23), masło extra (22), mleko 1,5% (22), dorsza (21), jabłka polskie Jonagold (18), kaszę gryczaną Melvit (17), makaron Lubella wstążki (15), kurczaka (15), wodę mineralną Polanicką (15), śmietanę Piątnica (15). Artykuły te również znajdowały się na liście.

⁸ Jest to uśredniona liczba wybieranych produktów w grupie klientów ośrodków pomocy społecznej

Częsty błąd pojawiał się w przypadku zakupu cebuli, gdzie badanych proszono o wybranie 0,5 kg, a ci kupowali cały kilogram (9 osób wśród osób chorujących na schizofrenię – 31,03%; 3 osoby w grupie kontrolnej – 10,00%). Ponadto 4 osoby z grupy chorujących (13,79%) pominęło cebulę. w grupie kontrolnej była to jedna osoba (3,33%). Zgodność pozostałych zakupów z listą prezentuje tabela 26.

Tabela 26: Liczba wybranych artykułów w ramach robienia zakupów z listą - w grupie osób chorujących na schizofrenię i w grupie kontrolnej

<i>Lista zakupów</i>	Łącznie wybrane wśród osób chorujących na schizofrenię	Łącznie wybrane w grupie kontrolnej
Coś do picia	33 produkty (113,79%)	40 produktów (133,33%)
Coś słodkiego	32 produkty (110,34%)*	43 produkty (143,33%)
Kasza	28 produktów (96,55%)	30 produktów (100,00%)
Makaron	29 produktów (100,00%)	30 produktów (100,00%)
Mleko	26 produktów (89,66%)	29 produktów (96,67%)
Smalec	29 produktów (100,00%)	30 produktów (100,00%)
Śmietana	22 produkty (75,86%)	27 produktów (90,00%)
Masło	27 produktów (93,10%)	30 produktów (100,00%)
Ser	29 produktów (100,00%)	23 produkty (76,67%)
10 jaj	23 produkty (79,31%)	30 produktów (100%)
Owoce	27 produktów (93,10%)	37 produktów (123,33%)
0,5 kg cebuli	26 produktów (89,66%)	29 produktów (96,67%)
Pieczewo	32 produkty (110,34%)	34 produkty (113,33%)
Mięso / ryba	64 produkty (220,69%)	72 produkty (240,00%)

* Wartości w nawiasach oznaczają liczbę wybranych w grupie produktów przy założeniu, że 100% oznacza, iż każdy respondent wybrał dokładnie jeden produkt z kategorii produktów opisanych w liście artykułów.

Wyniki wskazują na to, że wśród chorujących na schizofrenię najczęściej pomijanymi artykułami z listy produktów były: śmietana, jaja, mleko, cebula, owoce i masło. w grupie kontrolnej natomiast były to: ser, cebula i mleko. w obydwu grupach

zauważono znaczną liczbę wybieranych produktów mięsnych i rybnych. Prawdopodobnie wynikało to ze sposobu zapisu informacji na liście artykułów („Mięso / ryba”), który traktowano zapewne jako koniunkcję a nie jako alternatywę.

Tabela 27: Uśredniona kolejność wybierania produktów z listy artykułów wśród osób chorujących na schizofrenię

Produkty	Średnia kolejność	Kategoria z listy artykułów	Nr artykułu na liście
<i>Korelacja pomiędzy średnią kolejnością wybierania produktów a kolejnością opisaną na liście: $\rho=0,97$</i>			
Coca-Cola 2 l.	1,11	Coś do picia	1
Woda Mineralna Nałęczowianka 0,5 l.	1,17	Coś do picia	1
Czekolada Mleczna Milka 100 g.	2,29	Coś słodkiego	2
Woda Mineralna Polanicka 0,5 l.	2,50	Coś do picia	1
Kasza Gryczana Melvit 400g.	3,80	Kasza	3
Baton Snickers Trio 113 g.	4,20	Coś słodkiego	2
Kasza Jęczmienna Value 500 g.	4,46	Kasza	3
Makaron Lubella Wstążki 500 g.	4,65	Makaron	4
Makaron Value Kolanka 500 g.	4,80	Makaron	4
Smalec SmakMak 200g.	5,33	Smalec	6
Zimne Mleko 3,2% 1 l.	5,75	Mleko	5
Mleko 1,5% 500 ml	5,92	Mleko	5
Smalec z Mięsem Pamapol 250g.	6,38	Smalec	6
Śmietana Value 18% 200g.	6,83	Śmietana	7
Smalec Wyborowy 200g.	7,20	Smalec	6
Śmietana Piątnica 18% 200 g.	7,25	Śmietana	7
Masło Mlekovita 200g.	7,82	Masło	8
Masło Extra 200 g.	7,88	Masło	8
Śmietana Mlekovita 18% 200 g.	7,88	Śmietana	7
Ser Salami Mlekpól 100g.	8,88	Ser	9
Ser Serenada Radamer 135g.	9,09	Ser	9
10 jaj M	9,93	Jaja	10
Jabłka Polskie Jonagold	10,45	Owoce	11
10 jaj L	10,67	Jaja	10
Cebula	11,00	0,5kg cebuli	12
Winogrona Różowe	11,60	Owoce	11
Pomarańcze	12,08	Owoce	11
Chleb Pszenno-Żytni 500g.	12,44	Pieczywo	13
Bułka Polska	13,27	Pieczywo	13
Schab Wieprzowy bez Kości 360g.	13,89	Mięso / ryba	14
Kurczak	13,93	Mięso / ryba	14
Dorsz	14,09	Mięso / ryba	14
Filet z łososia	14,67	Mięso / ryba	14

Analizie poddano również kolejność wybierania produktów przez respondentów. Uwzględniono artykuły, które kupowano co najmniej pięciokrotnie, a następnie policzono średnią „kolejność” ich wyboru. Wyniki przedstawiają tabele 27 i 28.

Tabela 28: Uśredniona kolejność wybierania produktów z listy artykułów w grupie kontrolnej

Produkty	Średnia kolejność	Kategoria z listy Artykułów	Nr artykułu na liście
<i>Korelacja pomiędzy średnią kolejnością wybierania produktów a kolejnością opisaną na liście: $\rho=0,95$</i>			
Woda Mineralna Nałęczowianka 0,5 l.	1,20	Coś do picia	1
Sok Pomarańczowy Value 1 l.	1,75	Coś do picia	1
Woda Mineralna Polanicka 0,5 l.	2,06	Coś do picia	1
Czekolada Mleczna Value 100 g.	2,17	Coś słodkiego	2
Biszkopty z Galaretką Pomarańczową 130 g.	2,88	Coś słodkiego	2
Czekolada Mleczna Milka 100 g.	2,90	Coś słodkiego	2
Milka Pieguski 135 g.	3,40	Coś słodkiego	2
Milka Choco Biscuit 150 g.	3,50	Coś słodkiego	2
Kasza Gryczana Melvit 400g.	4,18	Kasza	3
Makaron Lubella Wstążki 500 g.	4,80	Makaron	4
Zimne Mleko 3,2% 1 l.	4,86	Mleko	5
Makaron Value Kolanka 500 g.	5,36	Makaron	4
Kasza Jęczmienna Value 500 g.	5,85	Kasza	3
Smalec SmakMak 200g.	6,58	Smalec	6
Mleko 1,5% 500 ml	7,36	Mleko	5
Smalec Wyborowy 200g.	7,64	Smalec	6
Śmietana Piątnica 18% 200 g.	7,80	Śmietana	7
Masło Extra 200 g.	8,59	Masło	8
Masło Mlekovita 200g.	8,63	Masło	8
Ser Salami Mleko 100g.	9,11	Ser	9
Śmietana Value 18% 200g.	9,17	Śmietana	7
10 jaj L	9,80	10 jaj	10
Ser Serenada Radamer 135g.	10,07	Ser	9
10 jaj M	10,13	10 jaj	10
Jabłka Polskie Jonagold	11,18	Owoce	11
Cebula	11,69	0,5 kg cebuli	12
Pomarańcze	12,79	Pomarańcze	11
Chleb Pszenno-Żytni 500g.	13,17	Pieczywo	13
Dorsz	13,68	Mięso / ryba	14
Bułka Polska	14,00	Pieczywo	13
Schab Wieprzowy bez Kości 360g.	14,00	Mięso / ryba	14
Winogrona Różowe	14,33	Owoce	11
Kurczak	15,00	Mięso / ryba	14
Wieprzowina	15,08	Mięso / ryba	14
Filet z łososia	18,00	Mięso / ryba	14

Kolejność wybieranych produktów wskazuje na to, że respondenci w obydwu grupach przejawiali tendencję do tego, by dokonywać zakupów zgodnie z listą artykułów i zgodnie z instrukcją podaną przez badającego. Policzono również korelację pomiędzy średnią kolejnością wyboru konkretnych produktów a kolejnością artykułów zaprezentowanych badanym na liście. w obydwu grupach korelacje były bardzo wysokie (osoby chorujące na schizofrenię – $\rho=0,97$, $p<0,05$; grupa kontrolna - $\rho=0,95$, $p<0,05$). Oznacza to, że zarówno chorujący na schizofrenię jak i klienci OPS skrupulatnie utrzymywali kolejność zakupów, która sugerowana była na liście artykułów.

Ponadto sprawdzono, jak często badani kupowali produkty, które nie występowały na liście artykułów. w grupie osób chorujących na schizofrenię miało to miejsce w przypadku trzech respondentów (pierwszy zakupił dodatkowo papierosy Davidoff i czerwoną paprykę; drugi – kawę mieloną Value; trzeci – kawę rozpuszczalną Tchibo Family). Wśród klientów OPS jedna osoba wybrała artykuł spoza listy – kawę mieloną Value. Innym przypadków tego typu nie zaobserwowano.

5.3.5.3. Korzystanie z ograniczonego budżetu i szacowanie kwoty na zakupy

Przy badaniu z użyciem „Sklepu” respondentów informowano o tym, że nie powinni przekraczać kwoty 150 zł., a jednocześnie byli powiadamiani o tym, by wyobrazili sobie, że mają przy sobie 750 zł. Taką instrukcję podawano zarówno przed samodzielnym dokonywaniem zakupów, jak i w przypadku zakupów z użyciem listy artykułów. Wyniki prezentuje tabela 29.

Tabela 29: Kwoty wydane i szacowane przy robieniu zakupów samodzielnych i z użyciem listy artykułów – osoby chorujące na schizofrenię i grupa kontrolna

<i>Charakterystyka</i>	Osoby chorujące na schizofrenię		Grupa kontrolna	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Zakupy samodzielne – wydana kwota [zł.]	88,68	57,44	102,99	36,57
Zakupy samodzielne – szacowana kwota [zł.]	112,48	45,64	112,50	34,68
Zakupy samodzielne – różnica między kwotą wydaną i szacowaną [zł.]*	23,80	48,78	9,51	20,64
Zakupy z listą – wydana kwota [zł.]	97,43	24,97	96,00	17,04
Zakupy z listą – szacowana kwota [zł.]	117,33	30,16	104,67	16,97
Zakupy z listą – różnica między kwotą wydaną i szacowaną [zł.]*	19,28	27,05	8,67	14,84

* Istotne statystycznie różnice między grupami (test U Manna-Whitneya, $p < 0,10$)

Porównania międzygrupowe wskazywało na pewną tendencję statystyczną, w której osoby chorujące na schizofrenię wydawały mniej w ramach samodzielnych zakupów od klientów OPS ($U=353,00$, $p=0,11$). Grupy nie różniły się od siebie w sposób istotny statystycznie pod względem podawania szacowanej kwoty za zakupy samodzielnie i z użyciem listy artykułów, a także w przypadku kwoty wydawanej na zakupy z listą.

Grupy różniły się od siebie pod względem różnicy pomiędzy kwotą szacowaną i wydaną w trakcie zakupów w „Sklepie” (zakupy samodzielne: $U=255,00$, $p<0,01$; zakupy z listą: $U=312,00$, $p=0,03$). Zarówno przy zakupach samodzielnych, jak i z listą artykułów, osoby chorujące na schizofrenię miały skłonność do tego, by uważać, że wydały więcej niż wynosiła realna suma cen wybranych produktów.

Sprawdzono również liczbę osób, które przekroczyły nadany im limit (150 zł). w przypadku robienia zakupów samodzielnych miało to miejsce wśród 6 osób ze schizofrenią (20,00%) i 6 klientów OPS (20,00%). Dokładnie taka sama liczba osób w obydwu grupach zapłaciła więcej niż 150 zł. w zadaniu polegającym na robieniu zakupów z listą.

5.4. Odpowiedzi na pytania badawcze i weryfikacja hipotez badawczych

5.4.1. Blok i – Opis funkcjonowania osób chorych na schizofrenię w sferze ekonomicznej w porównaniu z funkcjonowaniem ekonomicznym osób zdrowych o zbliżonym poziomie dochodów

1. Jaki jest zakres aktywności ekonomicznej osób chorych na schizofrenię w odniesieniu do uzyskiwania dochodów i dysponowania nimi?

Odpowiedzią na powyższe pytanie badawcze są wyniki zaprezentowane w rozdziałach: 5.3.1. *Zakres aktywności ekonomicznej* oraz 5.3.4. *Wiedza o potrzebach gospodarstwa domowego*.

Osoby chorujące na schizofrenię utrzymywały się głównie z rent (71%) i zasiłków (65%). Pracę podejmowały dwie osoby (6,45%). Mediany z tychże dochodów wynosiły 153,00 zł (zasiłki) i 724,00 zł (renty). w grupie kontrolnej 9 osób nie otrzymywało żadnych pieniędzy (30%), dwie pracowały (6,67%), a 19 uzyskiwało zasiłki (mediana wynosiła 500,00 zł.).

W zakresie dokonywania codziennych zakupów osoby chorujące na schizofrenię dość często wyręczane były przez pozostałych domowników (25,81%). w grupie kontrolnej była to jedna osoba (3,33%), co ma istotne znaczenie w kontekście samodzielności w dysponowaniu zasobami finansowymi. Wsparcie w robieniu zakupów uzyskiwało 38,71% osób chorujących i 53,33% klientów OPS. Samodzielnie zakupów

dokonywało 35,48% chorujących i 43,33% osób korzystających z pomocy społecznej.

Rachunki w domach osób ze schizofrenią były przeważnie opłacane przez ich rodziców (58,33%). w grupie kontrolnej było to tylko 10,00%. Współmałżonkowie opłacali rachunki w przypadku 12,50% osób chorujących na schizofrenię, podczas gdy wśród klientów OPS nie miało to w ogóle miejsca. Opłacanie rachunków wspólnie z innymi domownikami deklarował tylko jeden respondent chorujących na schizofrenię (4,17%), w grupie kontrolnej było 36,67% takich osób. Samodzielnie rachunki opłacało 25,00% osób chorujących i 53,33% klientów pomocy społecznej. Reasumując, aż 70,83% respondentów chorujących na schizofrenię nie brało udziału w opłacaniu rachunków związanych z czynszem i mediami. w grupie kontrolnej było to zaledwie 10,00% osób.

Dokonano analizy tego, czyje pieniądze przeznaczone były na opłacanie rachunków w gospodarstwie domowym. w domach chorujących na schizofrenię pacjenci byli jedynymi osobami opłacającymi czynsz i media w 20,83% przypadków. w grupie kontrolnej było to 10,34% klientów OPS. w pozostałych domach pieniądze na rachunki przeznaczali rodzice (33,33% osób chorujących na schizofrenię; 3,45% klientów OPS), współmałżonkowie (12,50% osób chorujących na schizofrenię; 3,45% klientów OPS), respondenci wraz z innymi osobami (32,40% osób chorujących na schizofrenię; 75,86% klientów OPS). Podsumowując, 53,23% osób chorujących na schizofrenię przeznaczało swoje dochody na opłacanie czynszu i mediów, podczas gdy w grupie kontrolnej robiło to 86,20% respondentów.

Sprawdzono również to, jakiej wysokości kwoty przeznaczone były na różne potrzeby gospodarstwa domowego (tabela 14). z analizy wykluczono osoby mieszkające w ZOL z uwagi na to, że większą część otrzymywanej renty służyła opłacie za pobyt w ośrodku. Osoby chorujące na schizofrenię przeznaczali ze swoich dochodów przeciętnie 188,98 zł. miesięcznie na czynsz i media, podczas gdy klienci ośrodków pomocy społecznej – 455,00 zł. Pomiedzy grupami występowały w tym zakresie istotna statystycznie różnica.

Na zakupy, które były dostępne dla wszystkich domowników, pacjenci ze schizofrenią wydawali ok. 211 zł. w grupie kontrolnej średnia wyniosła 900 zł., co również wskazywało na wyraźne różnice międzygrupowe. Na robienie zakupów tylko dla siebie osoby chorujące wydawały przeciętnie 186,17 zł., a osoby korzystające z pomocy opieki społecznej – 156,67 zł. w tym zakresie nie wykazano istotnych statystycznie różnic między grupami. Na inne wydatki (np. doładowania do telefonów komórkowych, wyroby tytoniowe) pacjenci ze schizofrenią przeznaczali ok. 146,25 zł., podczas gdy żadna z osób

z grupy kontrolnej nie deklarowała wydatków w innych zakresach niż wymieniane wcześniej.

Sprawdzono również częstotliwość dokonywania zakupów. Wśród chorujących na schizofrenię najczęściej zakupy dokonywane były 1-2 razy na tydzień (55,17%). Drugą najczęściej wybieraną odpowiedzią było 3-5 razy na tydzień (31,03%), trzecią – codziennie (10,34%). Na zakupy nie chodził w ogóle jeden respondent z grupy chorujących (3,45%). Wśród klientów OPS najliczniejsza grupa uczęszczała na zakupy 1-2 razy w tygodniu (46,15%), następnie - codziennie (30,77%) i 3-5 razy w tygodniu (19,23%). Zakupów nie dokonywała w ogóle jedna osoba (3,85%).

Uzyskane wyniki wskazują na to, że osoby chorujące na schizofrenię miały mniejszą wiedzę na temat potrzeb gospodarstwa domowego od klientów OPS. Byli też mniej aktywni w kwestiach związanych z opłacaniem rachunków czy w robieniu codziennych zakupów. Można przyjąć, że przeciętnie co drugi chorujący przekazywał pieniądze na czynsz i media, jednak zwykle opłat tych dokonywali inni członkowie rodzin.

2. Jaka jest wiedza osób chorych na schizofrenię na temat codziennych potrzeb konsumpcyjnych gospodarstwa domowego?

Osoby badane z grupy osób chorujących na schizofrenię uznawały, że najistotniejszymi produktami, które należy kupować, były artykuły spożywcze (93,55% badanych). w grupie kontrolnej uzyskano podobny wynik (96,67%). Środki chemiczne i higieniczne były dużo częściej uważane za istotne przez klientów ośrodków pomocy społecznej (50,00%) niż wśród pacjentów (19,35%). Na ubrania wskazały po jednej osobie z każdej z grup badawczych. Wśród chorujących na schizofrenię zwrócono ponadto uwagę na potrzebę kupowania papierosów i doładowań do kart telefonicznych (6,45%). Wyniki te skonfrontowano z tym, co respondenci kupują na co dzień (według ich deklaracji). Wyniki prezentuje tabela 30.

W obydwu badanych grupach wyraźna była pewna rozbieżność pomiędzy deklaracjami dotyczącymi tego, co potrzebne w gospodarstwie domowym a tym, co respondenci realnie kupowali. Widoczna była mniejsza skłonność do kupowania produktów uznawanych za najistotniejsze (produkty spożywcze i środki chemiczne oraz higieniczne). w przypadku ubrań osoby chorujące kupowały je niemal trzy razy częściej niż wynikało z deklaracji tego, że są one istotne. Ponadto chorujący na schizofrenię deklarowali, że kupowanie innych produktów (szczególnie papierosów) nie było dla nich

specjalnie ważne. Pomimo tego niemal co trzeci pacjent podał, że takich zakupów dokonuje. w grupie kontrolnej takiej tendencji nie zauważono.

Tabela 30: Porównanie deklaracji odnośnie produktów, które uznawane są za istotne dla potrzeb gospodarstwa domowego z produktami kupowanymi – wśród osób chorujących na schizofrenię i w grupie kontrolnej

Produkty	Osoby chorujące na schizofrenię		Grupa kontrolna	
	Potrzebne	Kupowane	Potrzebne	Kupowane
Spożywcze	93,55%	80,65%	96,67%	72,41%
Chemiczne i higieniczne	19,35%	16,13%	50,00%	24,14%
Ubrania	3,23%	9,68%	3,33%	3,45%
Inne	6,45%	32,26%	0,00%	0,00%

Na pytanie dotyczące tego, czy badani mieli wiedzę na temat wysokości opłat za czynsz i media, odpowiedź znało 58,06% osób chorujących na schizofrenię i 100,00% klientów ośrodków pomocy społecznej.

3. Czy i w jakim zakresie osoby chore na schizofrenię potrafią planować codzienne zakupy?

Hipoteza 1: Osoby chorujące na schizofrenię przejawiają większe trudności w planowaniu codziennych zakupów niż osoby, które nie chorują.

Analiza kolejności wybierania produktów podczas dokonywania samodzielnych zakupów („Sklep”) wskazuje na to, że zwykle osoby chorujące kupowały produkty w sposób chaotyczny. Rycina 6 prezentuje przeciętną kolejność wyborów produktów z poszczególnych „półek” narzędzia „Sklep”.

Na poniższej rycinie zaprezentowano przeciętną kolejność wybieranych produktów podczas dokonywania samodzielnych zakupów przy użyciu narzędzia „Sklep”. Kolejność oszacowana została na podstawie średniej pośród najczęściej wybieranych produktów w obydwu grupach. „Półki” przedstawiono w takiej kolejności i w takim położeniu, w jakim pojawiały się one w badaniu. Słowo „start” pokazuje miejsce, w którym respondenci rozpoczynali „zakupy”. Kolorem czerwonym zaznaczono kolejne produkty, które badani kupowali zwykle „jeden po drugim”. Liczba przedstawionych artykułów odpowiada średniej liczbie wybieranych produktów dla

każdej z grup (osób chorujących na schizofrenię – ok. 13, grupa kontrolna – ok. 20).

Półka 5:

brak

Półka 3:

Chorujący: #1

Grupa kontrolna: #2, #3, #5, #6,
#8, #9, #20

Półka 4:

Chorujący: #2, #10

Grupa kontrolna: #1, #4, #10,
#11, #12, #14, #17

Półka 2:

Chorujący: #3, #9, #11

Grupa kontrolna: #7, #13, #15,
#16, #19

Półka 1:

Chorujący: #4, #5, #6, #7, #8, #11,
#13

Grupa kontrolna: #18

START

***Ryc.6:** Kolejność wybierania produktów podczas samodzielnych zakupów dla poszczególnych „pólek” – osoby chorujące na schizofrenię i grupa kontrolna*

Zauważalna była pewna skłonność osób chorujących na schizofrenię, by najszybciej wybierać produkty z pierwszej półki (zaraz po rozpoczęciu). Półka ta była również jedyną, w której artykuły były wybierane przez chorujących w kolejności następującej po sobie. w dalszym etapie kupowania kolejność była bardziej chaotyczna. Pod tym względem robienie zakupów w grupie kontrolnej było dokładniej zaplanowane.

Osoby chorujące na schizofrenię częściej powracały do półek, w ramach których robiły już wcześniej zakupy. Przeciętna kolejność zakupów przy półkach wyglądała następująco: półka 3 – półka 4 – półka 2 – półka 1 – półka 2 – półka 4 – półka 3 – półka 2 – półka 1. Zatem przy zakupie przeciętnie 13 produktów chorujący dziewięciokrotnie podchodzili do półek (najczęściej - trzykrotnie do półki 2).

W grupie kontrolnej badani dziesięciokrotnie podchodzili do różnych półek, wybierali przy tym jednak znacznie więcej produktów (20). Przeciętna kolejność zakupów wyglądała następująco: półka 4 – półka 3 – półka 4 – półka 3 - półka 2 – półka 3 – półka 4 – półka 2 –półka 4 – półka 1.

Powyższa analiza wskazuje na to, że osoby chorujące wykazywały umiejętność planowego wykonywania zakupów jedynie w ich początkowym etapie. Na poszukiwanie artykułów potrzebowali więcej czasu. Często powracali do miejsc, w których dokonywali już zakupów.

4. Czy i w jakim zakresie zachowania zakupowe osób chorych na schizofrenię są kontrolowane (nie są impulsywne)?

Hipoteza 2: zachowania zakupowe osób chorych na schizofrenię są bardziej impulsywne od tych, które dokonywane są przez osoby niechorujące.

Zakupy dokonywane przez osoby chorujące na schizofrenię były słabo kontrolowane (planowane), co wykazano przy odpowiedzi na trzecie pytanie badawcze. Jednocześnie uzyskane wyniki nie wskazywały na to, by chorujący na schizofrenię dokonywali wyborów konsumenckich w sposób bardziej impulsywny od klientów ośrodków pomocy społecznej. Zwykle wybierali mniej artykułów (ok. 13) od osób z grupy kontrolnej (ok. 20), robili to dłuższym czasie (przeciętnie 13,35 s. na wybór jednego produktu; grupa kontrolna – 9,74 s.) i wydawali mniejsze kwoty (średnio 88,68 zł.; grupa kontrolna – 102,99 zł.) (por. tabela 20).

Analiza skłonności do przekraczania limitu finansowego w czasie zakupów (tabela 20) wskazuje również na to, że chorujący nie różnili się pod tym względem od klientów OPS. Więcej niż 150 zł. w przypadku samodzielnych zakupów zapłaciło 6 osób chorujących (20,00%) i 6 osób z grupy kontrolnej (20,00%). Przy robieniu zakupów z listą artykułów odsetek osób przekraczających limit był dokładnie taki sam.

Sprawdzono również skłonność do impulsywności w analizie jakościowej wybieranych produktów. Alkohol, papierosy, napoje słodkie, kawa, herbata i słodczyce zostały uznane za produkty, które mogą mieć silniejsze oddziaływanie na „oddolny” układ nagrody (tzw. „hedonistyczne”). Pozostałe produkty przydzielono do kategorii artykułów „codziennych”. Porównanie obydwu grup wskazuje na to, że osoby chorujące wybierały mniej produktów „hedonistycznych”, ale również mniej „codziennych”, co wynika z tego, że ogólnie w trakcie zakupów wybierają mniej artykułów. Wymagana była

zatem analiza porównawcza z uwzględnieniem udziału procentowego obydwu kategorii w dokonanych zakupach.

Produkty „hedonistyczne” stanowiły 24,87% wybieranych artykułów wśród chorujących na schizofrenię i 24,35% w grupie kontrolnej. Między grupami nie występowały istotne statystycznie różnice ($U=433,00$, $p=0,81$). Ponadto sprawdzono to, jaki odsetek produktów „hedonistycznych” stanowiły artykuły wybierane najszybciej (przeciętnie chorujący kupowali 13 produktów, klienci OPS – 20 produktów). Wśród osób chorujących na schizofrenię było to 23,08% artykułów, a wśród klientów OPS – 45,00%. Wskazuje to z kolei na mniejszą tendencję do wybierania produktów oddziaływujących na „oddolny” układ nagrody, co pozostaje w sprzeczności z postawioną hipotezą.

Niemniej jednak w opinii osób chorujących na schizofrenię wyraźne było spostrzeżenie samych siebie jako osób nastawionych na zaspokajanie doraźnych potrzeb. w badaniu za pomocą Kwestionariusza Charakterystyk Funkcjonowania Finansowego uzyskali wyższe wyniki w skali „finansowa perspektywa temporalna ukierunkowana na teraźniejszość” – w porównaniu do grupy kontrolnej ($t=3,23$, $p<0,01$). Osoby chorujące prezentowały również słabszą refleksyjność w kwestii podejmowania decyzji finansowych ($t=-5,54$, $p<0,01$). Ponadto sprawdzono różnice pomiędzy grupami w kontekście skłonności do podejmowania ryzyka finansowego – w tym przypadku grupy nie różniły się od siebie w sposób statystycznie istotny ($t=-1,22$, $p=0,23$).

Wyniki wskazują na to, że w zadaniach sprawdzających umiejętności dokonywania zakupów nie zauważono większej impulsywności osób chorujących na schizofrenię. Była ona jednak zauważalna w testach, w których badani dokonują samooceny. Tym samym postawioną hipotezę została potwierdzona jedynie w pewnym stopniu, związanym z postrzeganiem samych siebie przez respondentów.

5. Jakie są kompetencje finansowe osób chorych na schizofrenię w porównaniu z kompetencjami osób zdrowych o zbliżonym poziomie dochodów?

Hipoteza 3: Osoby chorujące na schizofrenię będą miały inną koncepcję pieniądza niż osoby niechorujące.

Analiza odpowiedzi badanych na temat tego, czym były według nich pieniądze, wskazywała na występowanie tendencji statystycznych w porównaniu między grupami (test Chi^2 z poprawką Yatesa, $p=0,09$). Osoby chorujące na schizofrenię (19,35%) przejawiały większą skłonność do symbolicznego postrzegania pieniędzy niż osoby

z grupy kontrolnej (3,33%) i rzadszego prezentowania postawy instrumentalnej (osób chorujących na schizofrenię – 67,74%; grupa kontrolna – 90,00%). w kontekście osłabionych umiejętności abstrakcyjnego myślenia wśród chorujących na schizofrenię wynik ten jest zaskakujący

Hipoteza została potwierdzona w zakresie występowania różnic między grupami.

Hipoteza 4: Osoby chorujące na schizofrenię będą słabiej rozumiały wartość pieniądza niż osoby niechorujące.

Weryfikacja hipotezy została opisana w rozdziale 5.3.2.1. *Rozumienie wartości pieniądza* i w tabeli 15. Zgodnie z uzyskanymi wynikami osoby chorujące udzielały mniej trafnych odpowiedzi odnośnie do cen produktów codziennego użytku, częściej zawyżały wartość artykułów. w obydwu grupach zauważalne były podobne tendencje do zaniżania cen.

W przypadku szacowania cen „drogich” produktów, lepsze rezultaty osiągalni pacjenci ze schizofrenią. Obydwie grupy w podobnym stopniu prezentowały skłonność do zawyżania cen, jednak osoby korzystające z pomocy OPS częściej zaniżali ceny artykułów z tej grupy.

Hipoteza 5: Osoby chorujące na schizofrenię będą charakteryzowały się słabszą sprawnością rachunkową niż osoby niechorujące.

W badaniu za pomocą zadań związanych ze sprawnością rachunkową porównano osoby chorujące na schizofrenię z grupą kontrolną w zakresie umiejętności liczenia pieniędzy, wypłacana odpowiedniej kwoty i sprawdzania tego, czy wydano im resztę w sposób prawidłowy. Porównanie między grupami wskazało na to, że w sposób istotny statystycznie osoby chorujące charakteryzowały się słabszą umiejętnością prawidłowego płacenia konkretnej kwoty od klientów OPS (test U Manna-Whitneya: $U=330,00$, $p<0,01$). w przypadku sprawdzania, czy badanym wydano prawidłowo resztę, różnice nie były istotne statystycznie, widoczna była jednak pewna tendencja do tego, by osoby korzystające z pomocy społecznej wykonywały to zadanie nieco lepiej ($U=366,00$, $p=0,13$).

Hipotezę można potwierdzić w zakresie umiejętności płacenia podanej kwoty pieniędzy. w przypadku określania tego, czy chorującym wydano prawidłową resztę, wyraźna była pewna tendencja do gorszego wykonywania (od osób zdrowych). Hipotezy należy odrzucić, gdy brana jest pod uwagę sama umiejętność liczenia pieniędzy.

Hipoteza 6: Osoby chorujące na schizofrenię będą charakteryzowały się innymi postawami wobec różnych zachowań finansowych niż osoby niechorujące.

Porównanie wyników uzyskanych przez obydwie grupy w Kwestionariuszu Postaw wobec Zachowań Finansowych wskazywała na to, że istotne statystycznie różnice występowały jedynie w zakresie postaw wobec korzystania z usług bankowych. Wyniki porównań międzygrupowych prezentuje tabela 31. Co istotne, osoby chorujące na schizofrenię były bardziej pozytywnie nastawione do korzystania z usług bankowych od klientów ośrodków pomocy społecznej.

Tabela 31: *Różnice międzygrupowe w zakresie postaw wobec różnych zachowań finansowych*

Postawy	<i>p</i>	<i>U / t</i>
Usługi bankowe	< 0,01	<i>U</i> =260,00
Kredyty	0,91	<i>U</i> =457,00
Oszczędzanie	0,19	<i>U</i> =374,50
Ubezpieczenia	0,67	<i>U</i> =435,00
Pieniądz bezgotówkowy	0,96	<i>t</i> =0,05
Inwestowanie	0,57	<i>t</i> =0,57
Podatki	0,32	<i>t</i> =0,32

Ponadto widoczna była pewna tendencja statystyczna wskazująca na mniejszą skłonność osób chorujących na schizofrenię do oszczędzania – w porównaniu do klientów OPS.

Postawioną hipotezę należy odrzucić w przypadku niemal wszystkich postaw wobec zachowań finansowych – oprócz pozytywnego nastawienia względem usług bankowych. Osoby chorujące na schizofrenię miały do niego znacznie bardziej przychylną postawę niż klienci ośrodków pomocy społecznej.

6. Jakie są charakterystyki funkcjonowania finansowego osób chorych na schizofrenię w porównaniu z funkcjonowaniem finansowym osób zdrowych o zbliżonym poziomie dochodów?

Hipoteza 7: Osoby chorujące na schizofrenię będą miały większą skłonność do podejmowania ryzyka finansowego niż osoby niechorujące.

Porównanie wyników uzyskanych za pomocą Kwestionariusza Cech Funkcjonowania Finansowego wskazywała na to, że między grupami nie występowały statystycznie istotne różnice (test t -Studenta: $t=-1,22$, $p=0,23$) w zakresie postaw wobec ryzyka finansowego, choć wyniki wskazują, że osoby chorujące mają skłonność do bardziej pozytywnego nastawienia wobec podejmowania ryzyka finansowego. Hipotezę należy zatem odrzucić, jednak warto mieć na uwadze opisaną powyżej tendencję.

Hipoteza 8: Osoby chorujące na schizofrenię – w porównaniu z osobami niechorującymi – będą charakteryzowały się większą skłonnością do przyjmowania finansowej perspektywy temporalnej ukierunkowanej na teraźniejszość.

Porównanie międzygrupowe za pomocą Kwestionariusza Cech Funkcjonowania Finansowego wskazało na występowanie istotnych statystycznie różnic w zakresie ukierunkowania finansowej perspektywy temporalnej na teraźniejszość (test t -Studenta: $t=3,23$, $p<0,01$). Osoby chorujące na schizofrenię mają skłonność do tego, by w sprawach finansowych skupiać swoją uwagę na teraźniejszości i potrzebach bieżących.

Hipoteza została potwierdzona.

Hipoteza 9: Osoby chorujące na schizofrenię – w porównaniu z osobami niechorującymi – będą charakteryzowały się mniejszą skłonnością do przyjmowania finansowej perspektywy temporalnej ukierunkowanej na przyszłość.

Porównanie wyników grup uzyskanych w Kwestionariuszu Cech Funkcjonowania Finansowego wskazuje na to, że nie występują między nimi statystycznie istotne różnice (test t -Studenta: $t=0,21$, $p=0,83$) w zakresie finansowej perspektywy temporalnej ukierunkowanej na przyszłość.

Hipoteza nie została potwierdzona.

Hipoteza 10: Osoby chorujące na schizofrenię będą charakteryzowały się mniejszą refleksyjnością w podejmowaniu decyzji finansowych niż osoby niechorujące.

Porównanie za pomocą Kwestionariusza Cech Funkcjonowania Finansowego wskazuje na to, że osoby chorujące na schizofrenię charakteryzują się mniejszą refleksyjnością decyzji finansowych w porównaniu do klientów ośrodków pomocy społecznej (test t -Studenta: $t=-5,54$ $p<0,01$).

Postawiona hipoteza została potwierdzona.

Hipoteza 11: Osoby chorujące na schizofrenię będą charakteryzowały się słabszym wewnętrznym umiejscowieniem kontroli finansowej niż osoby niechorujące..

Porównanie wyników uzyskanych przez obydwie grupy w skali „Umiejscowienie kontroli finansowej” w Kwestionariuszu Cech Funkcjonowania Finansowego nie wskazywało na występowanie istotnych statystycznie różnic (test *t*-Studenta: $t=-1,30$, $p=0,20$). Widoczna była jednak pewna tendencja, w której chorujący wykazują bardziej wewnętrzne poczucie kontroli finansowej.

W związku z powyższym hipotezę należy odrzucić.

5.4.2 Blok II – Analiza uwarunkowań i zależności

7. Czy i w jaki sposób rodzaj i nasilenie objawów schizofrenii wiąże się z różnicami funkcjonowania poznawczego osób chorych?

Hipoteza 12: Nasilenie objawów chorobowych będzie współwystępowało z pogorszeniem funkcjonowania poznawczego osób chorujących.

Tabela 32: Objawy schizofrenii a wyniki w testach funkcjonowania poznawczego – korelacja Spearmana

	Pow. cyfr. Wprost	Pow. cyfr wspak	TMT a czas	TMT B czas	d2 WZ	d2 b1	d2 b2	d2 GP	d2 WZ- B	d2 %b
Omamy	-0,48*	-0,21	0,03	-0,27	0,03	-0,01	0,09	0,10	0,12	0,09
Urojenia	-0,19	0,06	0,20	-0,07	-0,26	0,00	-0,02	-0,11	-0,17	0,13
Zdezorganizowana mowa	-0,28	-0,18	-0,02	-0,18	-0,15	0,07	0,28	0,18	-0,18	0,16
Anormalne zachowania motoryczne	0,03	-0,16	0,06	0,11	-0,18	0,01	-0,06	0,01	-0,13	0,03
Objawy negatywne	-0,04	-0,05	-0,09	-0,16	-0,17	0,16	0,05	0,03	-0,22	0,15
Depresja	-0,11	-0,10	-0,23	-0,42*	-0,03	-0,03	-0,08	0,09	0,00	-0,03
Mania	-0,07	0,27	0,08	0,30*	-0,08	-0,14	0,04	0,03	0,00	-0,09

Pow. Cyfr wprost – Powtarzanie cyfr wprost; Pow. cyfr wspak – Powtarzanie cyfr wspak, TMT a czas – czas wykonania części a TMT; TMT B czas – czas wykonania części B TMT; WZ – zmienna ilościowa szybkość spostrzegania, b1 – błędy fałszywie negatywne, b2 – błędy fałszywie pozytywne, %b – procent błędów w opracowanej części testu, WZ-B – ogólna zdolność spostrzegania, GP – zmienność tempa wykonywania pracy

* $p<0,10$

Na potrzeby weryfikacji hipotezy przeprowadzono badanie korelacji pomiędzy wynikami uzyskanymi przez badanych w narzędziu Clinican-Rated Dimensions of

Psychosis i w testach funkcjonowania poznawczego (tabela 32).

Korelacja istotnie statystycznie (ujemna) występowała pomiędzy nasileniem omamów a pamięcią świeżą (mierzoną poprzez powtarzanie cyfr wprost). Oznacza to, że osoby doświadczające mniej natężonych halucynacji uzyskiwały wyższe wyniki w zadaniach angażujących pamięć świeżą.

Ponadto wykazano współwystępowanie wolniejszego funkcjonowania poznawczego w zadaniach angażujących pamięć operacyjną wzrokowo-przestrzenną (część B TMT) z mniejszym nasileniem depresyjności i większym nasileniem maniakałności w przebiegu schizofrenii.

W zakresie pozostałych funkcji poznawczych nie wykazano istotnych statystycznie zależności z symptomami chorobowymi.

8. Czy i w jakim stopniu dysfunkcje poznawcze wiążą się z zakresem aktywności ekonomicznej, kompetencjami i charakterystykami finansowymi oraz zachowaniami zakupowymi osób chorych?

Hipoteza 13: Osoby chorujące, podejmujące szerszy zakres aktywności ekonomicznej, będą charakteryzowały się lepszym funkcjonowaniem poznawczym.

Na potrzeby sprawdzenia tej hipotezy policzono korelacje pomiędzy kwotami przeznaczanymi na potrzeby gospodarstwa domowego a wynikami uzyskiwanymi w testach funkcjonowania poznawczego. Wyniki prezentuje tabela 33.

Wyniki wskazywało na to, że wśród osób chorujących na schizofrenię istniała istotna statystycznie zależność pomiędzy kwotami przeznaczanymi na opłacanie czynszu i mediów a wynikami zadania polegającego na powtarzaniu cyfr wprost (pamięć werbalna świeża). Zaburzenia funkcjonowania poznawczego nie współwystępowały w sposób istotny statystycznie z sumą pieniędzy przeznaczanych na potrzeby gospodarstwa domowego.

Analiza korelacji pomiędzy kwotami wydawanymi na własne potrzeby a wskaźnikami funkcjonowania poznawczego wskazuje na to, że osoby ze słabszą ogólną zdolnością spostrzegania i słabszą stabilnością uwagi (GP) wydawały na produkty tylko dla siebie więcej pieniędzy. Ponadto osoby ze skłonnością do przeznaczania większych kwot na własne zakupy popełniały mniej błędów fałszywie pozytywnych, wskazujących na trudności w hamowaniu reakcji automatycznych.

Postawiona hipoteza została potwierdzona jedynie częściowo. Wyniki

wskazywały na to, że osoby z lepszym funkcjonowaniem poznawczym w zakresie pamięci świeżej przeznaczały większe kwoty na opłacanie rachunków (czynsz i media). Na zakupy dla siebie więcej pieniędzy wydawały osoby z dobrą stabilnością uwagi i z lepszą zdolnością do hamowania automatycznych reakcji.

Tabela 33: Kwoty wydawane na różne potrzeb a wyniki w testach funkcjonowania poznawczego – korelacja Spearmana

	Czynsz i media	Zakupy do domu	Zakupy dla siebie
Pow. cyfr wprost.	0,37*	-0,20	-0,17
Pow. cyfr wspak	-0,17	-0,19	-0,04
TMT a czas	-0,13	0,08	0,26
TMT B czas	0,31	0,21	0,12
d2-WZ	0,26	-0,09	-0,34*
d2-b1	-0,06	-0,09	-0,22
d2-b2	0,10	0,15	-0,33*
GP	-0,11	0,07	-0,37*
d2-%b	-0,13	-0,01	-0,09
WZ-B	0,17	-0,30	-0,14

Pow. Cyfr wprost – Powtarzanie cyfr wprost; Pow. cyfr wspak – Powtarzanie cyfr wspak, TMT a czas – czas wykonania części a TMT; TMT B czas – czas wykonania części B TMT; WZ – zmienna ilościowa szybkość spostrzegania, b1 – błędy fałszywie negatywne, b2 – błędy fałszywie pozytywne, %b – procent błędów w opracowanej części testu, WZ-B – ogólna zdolność spostrzegania, GP – zmienność tempa wykonywania pracy
 $p < 0,05$

Hipoteza 14: w grupie osób chorujących na schizofrenię dysfunkcje poznawcze będą współwystępowały ze słabszymi kompetencjami finansowymi.

W celu weryfikacji hipotezy 14. sprawdzono współwystępowanie wyników w testach badających funkcjonowanie poznawcze oraz zadaniach związanych z kompetencjami finansowymi. Wyniki prezentuje tabela 34.

Lepsze wykonanie zadania związanego z płaceniem określonej kwoty współwystępowały z rzadszym popełnianiem błędów fałszywie pozytywnych i negatywnych. Wyższy wynik związany z umiejętnością rozpoznawania prawidłowo wydawanej reszty korelował z lepszymi wynikami w zakresie powtarzania cyfr wprost (pamięć świeża) i wspak (pamięć operacyjna). Ponadto osoby, które uzyskiwały wyższe wyniki przy zadaniu związanym z wydawaniem reszty, popełniały mniej błędów fałszywie pozytywnych i negatywnych (hamowanie reakcji automatycznych), a także miały lepszą stabilność uwagi. Zaniżanie cen współwystępowało z obniżonym tempem procesów poznawczych (czas wykonania obydwu części TMT).

Tabela 34: Wyniki zadań sprawdzających kompetencje finansowe a wyniki w testach funkcjonowania poznawczego – korelacja Spearmana

	Pow. cyfr wprost	Pow. cyfr wspak	TM T a Czas	TM T B Czas	d2- WZ	d2- b1	d2- b2	GP	d2- %b	WZ- B
Płacenie	0,07	0,16	-0,13	0,10	-0,19	-0,39*	-0,54*	-0,20	-0,40*	0,08
Wydawanie reszty	0,42*	0,45*	-0,15	0,06	-0,03	-0,38*	-0,31*	-0,33*	-0,40*	0,24
Szacowanie cen – poprawne	-0,06	0,19	0,09	0,16	0,07	-0,06	-0,21	-0,07	-0,06	0,21
Szacowanie cen – zawyżone	-0,07	-0,12	0,28	0,12	0,07	0,02	0,20	-0,12	-0,02	0,11
Szacowanie cen – zaniżone	0,07	-0,24	-0,35*	-0,47*	-0,06	0,16	0,06	0,25	0,21	-0,26

Pow. Cyfr wprost – Powtarzanie cyfr wprost; Pow. cyfr wspak – Powtarzanie cyfr wspak, TMT a czas – czas wykonania części a TMT; TMT B czas – czas wykonania części B TMT; WZ – zmienna ilościowa szybkość spostrzegania, b1 – błędy fałszywie negatywne, b2 – błędy fałszywie pozytywne, %b – procent błędów w opracowanej części testu, WZ-B – ogólna zdolność spostrzegania, GP – zmienność tempa wykonywania pracy

* $p < 0,10$

Hipotezę można zatem potwierdzić w zakresie umiejętności płacenia odpowiedniej kwoty (korelacja z lepszym funkcjonowaniem w zakresie hamowania reakcji automatycznych), sprawdzania poprawności wydanych pieniędzy (współwystępowanie z pamięcią świeżą i operacyjną werbalną, lepszą stabilnością uwagi oraz lepszą skłonnością do hamowania automatyzmów) oraz skłonności do zaniżania cen produktów (zależność z tempem funkcji poznawczych).

Tabela 35: Wyniki skal Kwestionariusza Postaw wobec Zachowań Finansowych a wyniki w testach funkcjonowania poznawczego – korelacja Spearmana

	Pow. cyfr wprost	Pow. cyfr. Wspak	TMT a Czas	TMT B czas	d2- WZ	d2- b1	d2- b2	GP	d2- %b	WZ- B
Usługi bankowe	0,08	0,00	0,15	-0,02	0,00	0,15	0,20	-0,12	0,10	-0,02
Pieniądz bezgotówkowy	0,28	-0,05	-0,04	-0,10	0,29	0,07	0,24	-0,02	-0,02	0,26
Kredyty	-0,10	-0,13	0,19	0,15	-0,11	-0,10	0,09	-0,11	0,01	-0,16
Oszczędzanie	0,09	0,12	0,15	-0,03	0,17	-0,06	0,19	-0,13	-0,03	0,14
Inwestowanie	0,32*	0,39*	0,05	-0,14	0,16	-0,12	0,02	-0,06	-0,18	0,32
Ubezpieczenia	0,25	0,01	-0,09	0,01	0,31*	-0,03	-0,03	0,05	-0,15	0,17
Podatki	0,07	-0,01	0,11	0,06	0,12	-0,01	0,08	-0,15	-0,09	0,19

Pow. Cyfr wprost – Powtarzanie cyfr wprost; Pow. cyfr wspak – Powtarzanie cyfr wspak, TMT a czas – czas wykonania części a TMT; TMT B czas – czas wykonania części B TMT; WZ – zmienna ilościowa szybkość spostrzegania, b1 – błędy fałszywie negatywne, b2 – błędy fałszywie pozytywne, %b – procent błędów w opracowanej części testu, WZ-B – ogólna zdolność spostrzegania, GP – zmienność tempa wykonywania pracy

* $p < 0,10$

Ponadto sprawdzono to, w jakim stopniu poszczególne postawy wobec zachowań finansowych korelowały z zaburzeniami funkcji poznawczych. Wyniki prezentuje tabela 35.

W badaniu nie odnotowano wielu istotnych statystycznie korelacji pomiędzy funkcjonowaniem poznawczym osób chorujących na schizofrenię a postawami wobec poszczególnych zachowań finansowych. Respondenci z lepszymi wynikami w zakresie pamięci świeżej i operacyjnej werbalnej byli bardziej pozytywnie nastawieni do inwestowania, a osoby o większej szybkości spostrzegania prezentowały bardziej przychylne postawy względem ubezpieczeń.

Hipoteza 15: Dysfunkcje poznawcze w grupie osób chorujących na schizofrenię będą współwystępowały z mniejszą refleksyjnością decyzji finansowych i większą skłonnością do podejmowania ryzyka finansowego.

W celu weryfikacji hipotezy sprawdzono korelacje pomiędzy wybranymi skalami charakterystyk funkcjonowania finansowego a wynikami testów sprawdzających funkcjonowanie poznawcze.

Większa refleksyjność podejmowania decyzji finansowych współwystępowała z mniejszą liczbą popełnianych błędów fałszywie negatywnych ($\rho=-0,51$; $p<0,05$). Negatywne nastawienie do podejmowania ryzyka finansowego korelowało dodatnio z umiejętnością powtarzania cyfr wprost (pamięć świeża) ($\rho=0,37$; $p<0,05$), rzadszym popełnianiem błędów fałszywie pozytywnych ($\rho=-0,45$; $p<0,05$).

Postawioną hipotezę można uznać za potwierdzoną w opisanym powyżej zakresie.

Hipoteza 16: w grupie osób chorujących na schizofrenię powolniejsze tempo funkcji poznawczych będzie współwystępowało z powolniejszym dokonywaniem zakupów

Wśród chorujących na schizofrenię czas przeznaczony na wykonanie części A TMT (tempo funkcji poznawczych) współwystępował z czasem robienia zakupów z listą zakupów ($\rho=0,32$; $p<0,10$), podobnie jak część B TMT ($\rho=0,33$; $p<0,10$). Korelacje pomiędzy wykonaniem TMT a czasem robienia zakupów samodzielnie (bez listy) nie były istotne statystycznie.

Powolniejsze tempo funkcji poznawczych pozostawało w zależności z dokonywaniem zakupów z użyciem listy artykułów. w tym zakresie hipotezę można uznać za potwierdzoną.

Hipoteza 17: Dysfunkcje w zakresie hamowania reakcji automatycznych będą współwystępowały z bardziej impulsywnym dokonywaniem zakupów.

Umiejętność hamowania reakcji automatycznych zbadano przy użyciu Testu Uwagi d2, gdzie jako główne wskaźniki uznano liczbę popełnionych błędów fałszywie pozytywnych i negatywnych. Ponadto na trudności z powstrzymaniem się od reakcji automatycznych wskazywało nieprawidłowe wykonanie części B TMT. Do zbadania skłonności do impulsywności zakupów wybrano czas potrzebny osobom chorującym na schizofrenię na wybór jednego produktu w ramach samodzielnych zakupów w „Sklepie”.

Badanie korelacji pomiędzy liczbą popełnionych błędów fałszywie negatywnych w Teście Uwagi d2 a częstotliwością wybierania produktów w „Sklepie” wskazywało na występowanie słabej zależności ujemnej ($\rho = -0,21$; $p < 0,10$). Oznacza to, że im więcej błędów tego typu popełniała osoba chorująca na schizofrenię, tym mniej czasu potrzebowała na wybór jednego produktu. Wskazuje to na pewną skłonność do impulsywności u osób, które przejawiały tendencję do pomijania w zadaniach wymagających przeszukiwania pola percepcyjnego.

Porównanie osób chorujących na schizofrenię niepoprawnie wykonujących część B TMT z osobami, które nie popełniały w nim błędów (zachowana umiejętność hamowania reakcji automatycznych) nie wykazało istotnych statystycznie różnic w zakresie częstotliwości wyboru produktów w „Sklepie” ($U = 80,00$, $p = 0,13$), zauważalna jest jednak pewna tendencja statystyczna. Osoby hamujące reakcje automatyczne wybierały produkty przeciętnie co 15,15 sekundy, podczas gdy osoby wykazujące zaburzenia w tym zakresie – co 11,15 sekundy. Opisana tendencja statystyczna może mieć istotne znaczenie, tym bardziej, że badana grupa była mało liczna.

Wyniki uzyskane w analizach wskazały na to, że postawioną hipotezę można uznać za potwierdzoną.

9. Czy i w jaki sposób objawy schizofrenii wiążą się z zakresem aktywności ekonomicznej, kompetencjami i charakterystykami finansowymi oraz zachowaniami zakupowymi osób chorych?

Hipoteza 18: Osoby chorujące podejmujące szerszy zakres aktywności ekonomicznej będą charakteryzowały się mniejszym nasileniem objawów chorobowych.

Zakres aktywności ekonomicznej sprawdzono poprzez częstotliwość robienia codziennych zakupów, a także za pomocą kwot przeznaczanych na potrzeby gospodarstwa domowego i własne. Korelacje z objawami chorobowymi prezentuje tabela

Tabela 36: Kwoty wydawane na różne potrzeby i częstotliwość robienia zakupów a występowanie objawów schizofrenii – korelacja Spearmana

	Omamy	Urojenia	Zdezorg. Mowa	An. zach. mot.	Obj. Neg.	Depr.	Mania
Czynsz	-0,27	-0,28	-0,41*	-0,09	-0,15	-0,14	-0,20
Zakupy do domu	-0,14	-0,17	-0,16	0,03	0,11	0,19	-0,10
Zakupy dla siebie	0,11	0,35*	0,01	0,25	0,24	0,11	0,07
Częstotliwość zakupów	-0,11	0,12	-0,10	-0,40*	0,11	0,04	-0,15

* $p < 0,10$

Wyniki korelacji rang Spearmana wskazują na to, że wraz z mniejszym nasileniem zdezorganizowanej mowy (myślenia) osoby chorujące na schizofrenię przeznaczały na opłacanie czynszu i mediów większe sumy pieniędzy. Nie odnotowano korelacji pomiędzy objawami chorobowymi a wysokością kwot wydawanych na zakupy dla potrzeb gospodarstwa domowego. Ponadto wykazano, że wraz z większym nasileniem urojeń osoby chorujące na schizofrenię wydawały więcej pieniędzy na swoje własne potrzeby. z kolei częstotliwość robienia zakupów korelowała ujemnie z występowaniem anormalnych zachowań motorycznych.

Hipotezę można uznać za potwierdzoną w przypadku opłacania czynszu i mediów (mniejsze nasilenie zdezorganizowanego myślenia – mowy) oraz częstotliwości robienia zakupów (mniejsze nasilenie anormalnych zachowań motorycznych). w przypadku wydawania pieniędzy na własne potrzeby hipotezę należy odrzucić – występowała istotna pozytywna zależność z występowaniem urojeń.

Hipoteza 19: Większe nasilenie objawów chorobowych będzie współwystępowało ze słabszymi kompetencjami finansowymi.

Na potrzeby weryfikacji hipotezy 19 policzono korelację rang Spearmana pomiędzy wynikami uzyskanymi w zadaniach wymagających prostych umiejętności finansowych (płacenie, wydawanie reszty), szacowaniem cen produktów a nasileniem objawów schizofrenii.

W zakresie płacenia (wyboru odpowiednich pieniędzy) zadanie wykonywały lepiej osoby, u których występowały mniej nasilone objawy depresyjne w przebiegu schizofrenii ($\rho=0,33$; $p < 0,10$). z kolei w ramach sprawdzania tego, czy badanym

wydano prawidłowo resztę, wyższe wyniki uzyskiwały osoby charakteryzujące się mniej zdeorganizowanym myśleniem – mową ($\rho=-0,44$; $p<0,05$).

Dokładniejsi w szacowaniu cen produktów okazali się być pacjenci, którzy przejawiali mniejsze nasilenie objawów negatywnych ($\rho=-0,33$; $p<0,10$).

Hipotezę można uznać za potwierdzoną w opisanym powyżej zakresie.

Ponadto sprawdzono występowanie zależności pomiędzy występowaniem objawów schizofrenii a postawami wobec poszczególnych zachowań finansowych. Wyniki prezentuje tabela 37.

Tabela 37: Postawy wobec zachowań finansowych a występowanie objawów schizofrenii – korelacja Spearmana

	Omamy	Urojenia	Zdezorg. mowa	An. zach. mot.	Obj. neg.	Depr.	Mania
Usługi bankowe	0,04	0,27	0,18	0,35*	0,09	0,00	0,22
Pieniądz bezgotówkowy	-0,14	-0,04	-0,14	-0,05	-0,03	0,16	-0,08
Kredyty	0,16	0,02	0,30*	-0,01	-0,20	-0,54*	0,43*
Oszczędzanie	-0,11	-0,10	0,19	0,07	-0,17	-0,52*	0,29
Inwestowanie	-0,19	-0,11	-0,05	0,10	-0,21	-0,36*	0,30*
Ubezpieczenia	-0,43*	-0,36*	-0,33*	-0,10	0,00	0,13	-0,13
Podatki	0,03	-0,16	-0,01	0,45*	-0,14	-0,18	0,02

* $p<0,10$

Istotne statystycznie korelacje występowały pomiędzy bardziej przychylnym nastawieniem wobec usług bankowych a nasileniem anormalnych zachowań motorycznych. w analizie brakowało znaczących zależności pomiędzy objawami choroby a postawą wobec pieniądza bezgotówkowego.

Bardziej pozytywne postawy względem kredytów prezentowali pacjenci z większą tendencją do przejawiania zdeorganizowanego myślenia (mowy), a także mniej depresyjni respondenci. Słabsze natężenie symptomów depresyjnych współwystępowało również z przychylnymi postawami wobec oszczędzania i inwestowania. Osoby z mniejszym nasileniem objawów pozytywnych (omamy, urojenia i zdeorganizowane myślenie – mowa) prezentowały bardziej życzliwy stosunek do ubezpieczeń. z większą aprobatą do płacenia podatków podchodzili z kolei osoby o wzmożonych objawach w postaci anormalnych zachowań motorycznych.

Postawioną hipotezę można zatem potwierdzić w ograniczonym zakresie.

Hipoteza 20: Większe nasilenie objawów chorobowych będzie współwystępowało

z mniejszą refleksyjnością decyzji finansowych oraz bardziej zewnętrznym poczuciem kontroli finansowej.

Analiza korelacji rang Spearmana wskazywało na to, że pomiędzy objawami schizofrenii a refleksyjnością podejmowania decyzji finansowych i umiejscowieniem kontroli finansowej nie występowały istotne statystycznie zależności.

Pod tym względem postawioną hipotezę należy odrzucić.

W celach eksploracyjnych sprawdzono również występowanie zależności pomiędzy symptomami chorobowymi a innymi charakterystykami funkcjonowania finansowego. Wyniki prezentuje tabela 38.

Tabela 38: Charakterystyki funkcjonowania finansowego a występowanie objawów schizofrenii – korelacja Spearmana

	Omamy	Urojenia	Zdezorg. mowa	An. zach. mot.	Obj. neg.	Depr.	Mania
Refleksyjność	0,06	-0,16	-0,15	0,17	-0,18	-0,18	0,24
Ryzyko finansowe	-0,14	-0,45*	-0,36*	0,16	0,00	0,06	-0,18
Fin.p.temp.prz.	-0,11	-0,04	0,10	0,04	0,05	-0,41*	0,21
Fin.p.temp.ter.	-0,04	0,46*	0,28	-0,23	0,22	0,27	0,07
Um. kontroli fin.	0,01	0,20	-0,15	-0,15	-0,06	0,10	-0,21

* $p < 0,10$

Uzyskane wyniki wskazywało na to, że osoby przejawiające większe nasilenie urojeń oraz zdezorganizowanego myślenia (mowy) przejawiały bardziej pozytywne postawy względem podejmowania ryzyka finansowego. Natężenie urojeń współwystępowały również z większym nastawieniem na teraźniejszość w kwestiach finansowych. z kolei depresyjność korelowała ujemnie z finansową perspektywą temporalną ukierunkowaną na przyszłość.

10. Czy i w jakim stopniu sytuacja materialna gospodarstwa domowego wiąże się z zakresem aktywności ekonomicznej, wiedzą o potrzebach gospodarstwa domowego, zachowaniami zakupowymi osób chorych?

Sytuacja materialna gospodarstwa domowego została zmierzona poprzez wysokość dochodów gospodarstwa domowego oraz wysokość dochodów *per capita*. Zakres aktywności ekonomicznej ukazano poprzez częstość robienia zakupów oraz sumy pieniędzy przeznaczanych na różne potrzeby.

Pomiędzy dochodami całej rodziny a pieniędzmi przeznaczanymi przez osoby

chorujące na schizofrenię na czynsz i media występowała korelacja ujemna ($\rho = -0,62$; $p < 0,05$). Oznacza to, że im większy był dochód całej rodziny, tym mniejsze kwoty były wydawane przez osoby chorujące na schizofrenię na opłacanie rachunków. Co istotne, wyższy dochód rodziny współwystępował z większymi sumami pieniędzy, które chorujący wydawali na własne potrzeby. Nie odnotowano innych statystycznie istotnych zależności. w związku z powyższym hipotezę dotyczącą zależności pomiędzy sytuacją materialną gospodarstwa domowego i zakresem aktywności ekonomicznej można uznać za potwierdzoną.

Dokonano również porównania dwóch grup wśród osób chorujących na schizofrenię (osoby znające wysokość opłat czynszowych za media i nieznające) pod względem dochodów rodziny i dochodów *per capita*. Wykazano, że wśród pacjentów, którzy nie znali wysokości opłat, dochody całej rodziny i *per capita* były znacznie wyższe, niż w grupie, w której osoby chorujące na schizofrenię posiadają wiedzę na temat rachunków (Test Kołmogorowa-Smirnowa, $p < 0,05$ – dla obydwu zmiennych). Należy mieć tu jednak na uwadze, że liczebności obydwu grup były małe.

W związku z uzyskanymi wynikami przyjętą hipotezę o zależności pomiędzy wiedzą o potrzebach gospodarstwa domowego a sytuacją finansową rodziny można uznać za potwierdzoną.

Przeprowadzono również badanie korelacji rang Spearmana pomiędzy wynikami uzyskanymi przez osoby chorujące na schizofrenię w „Sklepie” a dochodami uzyskiwanymi przez rodzinę i *per capita*. Wyniki przedstawiono w tabeli 39.

Dochód uzyskiwany przez całą rodzinę nie pozostawał w istotnych statystycznie zależnościach z wynikami uzyskanymi w badaniu z użyciem narzędzia „Sklep”. Zauważono jednak korelację dochodu *per capita* z umiejętnościami zakupowymi.

Wśród pacjentów, w domach których dochód na jednego członka rodziny był wyższy, zauważalna była skłonność do mniej trafnego szacowania cen produktów – zarówno w czasie zakupów samodzielnych, jak i z listą artykułów. Ponadto pacjenci ci przejawiali tendencję do wybierania mniejszej liczby produktów w trakcie samodzielnych zakupów, jednak zwykle nie były to produkty należące do kategorii „tanich”.

Reasumując, wśród chorujących na schizofrenię część zachowań zakupowych pozostawała w istotnej zależności z wysokością dochodów *per capita*, ale nie z ogólnymi dochodami całego gospodarstwa domowego.

Tabela 39: Zachowania zakupowe a dochody – w grupie osób chorujących na schizofrenię

	Dochód rodziny	Dochód per capita
Zakupy samodzielne – kwota	0,06	-0,12
Zakupy samodzielne - szacowana kwota	0,04	0,02
Różnica	0,11	0,29*
Zakupy samodzielne – czas	0,09	0,14
Wybór "tanich" produktów	0,07	-0,36*
Wybór "średnich" produktów	0,13	-0,08
Wybór "drogich" produktów	0,12	0,07
Zakupy z listą – kwota	0,02	-0,23
Zakupy z listą - szacowana kwota	0,09	0,08
Różnica	0,02	0,31*
Zakupy z listą – czas	-0,11	-0,02
Zakupy samodzielne - l. produktów	0,10	-0,34*

* $p < 0,10$

11. Czy i w jakim stopniu sytuacja rodzinna osób chorych wiąże się z zakresem aktywności ekonomicznej, wiedzą o potrzebach gospodarstwa domowego, zachowaniami zakupowymi osób chorych?

Zakres aktywności ekonomicznej opisano za pomocą wskaźników pokazujących sumy pieniędzy przeznaczanych przez osoby chorujące na schizofrenię na różne potrzeby oraz poprzez częstotliwość dokonywania zakupów. Sytuacja rodzinna ukazano poprzez liczbę dorosłych i dzieci mieszkających w gospodarstwie domowym, liczbę osób uzyskujących renty, zasiłki, emerytury i ludzi pracujących.

Suma pieniędzy przeznaczanych przez osoby chorujące na czynsz i media w gospodarstwie domowym była tym niższa, im więcej osób mieszkało z nimi pod jednym dachem ($\rho = -0,40$; $p < 0,10$) i im większą liczbę współlokatorów stanowiły osoby dorosłe ($\rho = -0,43$; $p < 0,05$). Zauważalna była również zależność kwot wydawanych na rachunki z liczbą osób uzyskujących renty ($\rho = -0,44$; $p < 0,05$). Nie odnotowano korelacji istotnych statystycznie pomiędzy sumą pieniędzy przeznaczanych na zakupy dla gospodarstwa domowego a zmiennymi opisującymi sytuację rodzinną osób chorujących na schizofrenię. Wyraźne były natomiast zależności pomiędzy sumami pieniędzy wydawanymi na własne potrzeby a liczbą osób mieszkających z chorującymi

w jednym domu ($\rho=0,56$; $p<0,05$) i liczbą osób dorosłych ($\rho=0,51$; $p<0,05$).

Z opisywanych powyżej rezultatów wynika, że przyjęta hipoteza odnośnie występowania zależności pomiędzy sytuacją rodzinną a zakresem aktywności ekonomicznej wśród osób chorujących na schizofrenię została potwierdzona.

Wiedza o potrzebach gospodarstwa domowego została opisana poprzez znajomość wysokości opłat za czynsz i media. Porównanie pomiędzy grupą osób mających wiedzę na temat pieniędzy wydawanych na rachunki z osobami, które takiej wiedzy nie posiadały, wskazywała na to, że nie występowały między nimi różnice w zakresie opisywanych zmiennych dotyczących sytuacji rodzinnej (test Kołmogorowa-Smirnowa, $p>0,10$). Należy tu pamiętać o niskiej liczebności obydwu grup.

W zakresie relacji pomiędzy wiedzą na temat potrzeb gospodarstwa domowego a sytuacją rodzinną osób chorujących na schizofrenię przyjętą hipotezę należy odrzucić.

Sprawdzono również współwystępowanie wyników uzyskanych za pomocą narzędzia „Sklep” ze zmiennymi dotyczącymi sytuacji rodzinnej osób chorujących na schizofrenię. Wyniki prezentuje tabela 40.

Tabela 40: Zachowania zakupowe a sytuacja rodzinna – w grupie osób chorujących na schizofrenię

	Dorośli w domu	Dzieci w domu	Suma osób	Os. z rentą	Os. z zas.	Os. z emeryt.	Os. prac.
Zakupy samodzielne – kwota	-0,12	-0,14	-0,09	0,00	-0,08	-0,11	-0,05
Zakupy samodzielne - szacowana kwota	-0,04	-0,29	-0,05	-0,08	-0,28	0,22	-0,02
Różnica	-0,02	-0,25	-0,05	0,16	-0,40*	0,37*	-0,02
Zakupy samodzielne – czas	-0,02	-0,21	-0,02	0,28	-0,15	0,23	-0,15
Zakupy samodzielne - l. produktów	0,03	-0,05	0,05	0,47*	-0,13	0,06	0,13
Wybór "tanich" produktów	-0,05	0,00	-0,02	0,54*	-0,01	0,17	0,12
Wybór "średnich" produktów	0,09	-0,09	0,08	0,20	-0,18	-0,09	0,12
Wybór "drogich" produktów	0,07	-0,05	0,02	0,05	-0,05	0,26	-0,15
Zakupy z listą – kwota	0,11	-0,03	0,16	-0,17	0,14	-0,08	0,11
Zakupy z listą - szacowana kwota	0,05	-0,23	0,06	-0,19	-0,36*	0,13	0,07
Różnica	-0,02	-0,12	0,01	-0,04	-0,50*	0,06	-0,04
Zakupy z listą – czas	0,15	-0,46*	0,03	-0,17	0,17	0,34*	-0,13

* $p<0,10$

Zauważalna była zależność pomiędzy liczbą domowników uzyskujących zasiłki a mniejszymi rozbieżnościami w zakresie szacowania cen dokonywanych zakupów – zarówno w zakupach samodzielnych jak i z listą artykułów. Ponadto osoby chorujące, w domach których większa część członków rodziny uzyskiwała zasiłki, szacowały niższe sumy do zapłacenia za zakupy z listą. Osoby te wymagały więcej czasu na dokonanie zakupów z listą. Nie odnotowano istotnych statystycznie zależności pomiędzy ogólną liczbą osób, liczbą osób dorosłych i pracujących mieszkających z osobami chorującymi na schizofrenię a wynikami uzyskanymi za pomocą narzędzia „Sklep”.

W opisanym powyżej zakresie postawioną hipotezę dotyczącą zależności pomiędzy sytuacją rodzinną a zachowaniami zakupowymi można uznać za potwierdzoną.

Rozdział 6. Dyskusja wyników

Podstawowym celem badania była eksploracja i opis funkcjonowania w sferze ekonomicznej osób chorujących na schizofrenię z uwzględnieniem występujących u nich objawów, zaburzeń funkcji poznawczych oraz ich sytuacji rodzinnej i materialnej. Uzyskane rezultaty pozwoliły na odpowiedź na postawione pytania badawcze, a także potwierdziły część hipotez. Poniżej prezentowane są najbardziej istotne wnioski wynikające z przeprowadzonych badań.

W badaniu wykazano, że osoby ze schizofrenią uzyskiwały na co dzień bardzo niskie dochody. w swoich działaniach w sferze ekonomicznej były mało aktywne i samodzielne, a cechy te stawały się bardziej wyraźne w rodzinach, gdzie dochody były wyższe. Pozostawali zależni od innych członków rodziny (zwłaszcza rodziców). Mieli bardzo małą wiedzę na temat potrzeb gospodarstwa domowego. Zakres ich aktywności ekonomicznej był zależny od odczuwanych objawów – zwłaszcza od urojeń i dezorganizacji myślenia oraz zachowania. Postrzegali samych siebie jako osoby, które w ramach swojego funkcjonowania finansowego ukierunkowane były na natychmiastowe zaspokajanie potrzeb. Opisywali siebie jako ludzi mało refleksyjnych. To, jak funkcjonowali w sferze finansowej współgrało zarówno z zaburzeniami w sferze procesów poznawczych jak i w zakresie odczuwanych objawów (zwłaszcza urojeń). Osłabione pozostawały również kompetencje finansowe pacjentów, co wiązało się z symptomami choroby, a także wyraźnymi zaburzeniami funkcjonowania poznawczego. Robiąc zakupy mieli trudności z ich prawidłowym rozplanowaniem, szacowaniem cen artykułów. Cechowali się spowolnieniem w czasie dokonywania wyborów produktów, co korelowało z tempem ich procesów poznawczych (pamięci operacyjnej wzrokowo-przestrzennej). Mieli skłonności do wybierania produktów droższych – zwłaszcza, gdy dochody rodziny były wyższe. Wszystkie opisane wnioski z badań wskazują na znaczne trudności w sferze funkcjonowania ekonomicznego osób chorujących na schizofrenię, które mogą w sposób znaczący przekładać się na ich codzienną jakość życia.

Uzyskane wyniki pozwalają wysuniecie kilku istotnych wniosków, które dotyczą przede wszystkim złej sytuacji materialnej osób chorujących, ich ograniczonych kompetencji i braku samodzielności oraz tendencji do zachowań impulsywnych w sferze ekonomicznej.

6.1. Warunki materialne osób chorujących na schizofrenię

W ramach niniejszego badania wykazano, że osoby chorujące przeważnie utrzymywały się z rent (zwykle 724,00 zł.) oraz zasiłków (zwykle 153,00 zł.), a także ze wsparcia finansowego ich najbliższych, zwłaszcza rodziców. Wyniki te są podobne do przedstawionych w raporcie „Schizofrenia Perspektywa społeczna. Sytuacja w Polsce” (Kiejna, Piotrowski i Adamowski, 2014), gdzie przeciętny dochód chorujących wynosił 750 zł. miesięcznie.

Zaledwie dwie osoby pracowały zarobkowo. Dochody rodzin osób ze schizofrenią były zbliżone do tych z domów klientów ośrodków pomocy społecznej (przy czym dochód *per capita* wśród pacjentów był wyższy).

Opisane wyniki są niepokojące, zwłaszcza jeśli weźmiemy pod uwagę wiek chorujących. Respondenci pozostawali zwykle zależni finansowo od swoich najbliższych, szczególnie od rodziców. Bardzo rzadko podejmowali pracę zawodową, a ich doświadczenie na rynku pracy było przeważnie znikome lub żadne. w razie śmierci (lub innej utraty) osób, od których są *de facto* zależni finansowo, ich możliwości samodzielnego funkcjonowania byłyby znacznie ograniczone, a czasem wręcz niemożliwe - chorujący uzyskiwali zwykle miesięcznie ok. 900 zł. Średnia opłat za czynsz i media wynosiła ok. 650 zł. miesięcznie. Oznacza to, że po dokonaniu opłat osoba chorująca pozostawałaby z ok. 250 zł. na życie (ok. 8,50 zł. dziennie). Są to pieniądze niewystarczające nawet na codzienny zakup jednej paczki papierosów (a pali większość pacjentów).

Nawet gdyby osoby chorujące podejmowały pracę zarobkową (np. w zakładach pracy chronionej), mogłyby liczyć na miesięczny dochód w wysokości ok. 2300 zł. Jednak – jak wspomniano wcześniej – w większości przypadków są to jedynie przypuszczenia, które w rzeczywistości nie mają większych szans na spełnienie. Pracę podejmuje bowiem bardzo mała liczba chorujących (19%) (Kiejna, Piotrowski Adamowski, 2014), co wynika m.in. z rozwijających się z wiekiem objawów negatywnych (w związku z wieloletnim zażywaniem neuroleptyków) (np. Beck i in., 2010), z braku uzyskanego dotychczas doświadczenia zawodowego (Kurpas i in., 2014) oraz ze znacznej degradacji funkcji poznawczych, która pogłębia się wraz z wiekiem (np. Corigliano i in. 2014).

Problem niskich dochodów osób chorujących staje się jeszcze bardziej wyraźny

i niepokojący, gdy weźmiemy pod uwagę ich brak samodzielności w funkcjonowaniu ekonomicznym.

6.2. Samodzielność i kompetencje finansowe osób chorujących na schizofrenię

Jeden z najważniejszych wniosków, wynikających z przeprowadzonych na potrzeby niniejszej rozprawy badań, dotyczy braku samodzielności w funkcjonowaniu ekonomicznym osób chorujących na schizofrenię. Ponadto wykazano, że pacjenci posiadali słabe kompetencje finansowe. Przejawiało się to przede wszystkim w ograniczonym zakresie aktywności ekonomicznej, małym udziale w gospodarowaniu finansami w domu, niskiej wiedzy o potrzebach gospodarstwa domowego, trudnościach w radzeniu sobie z zadaniami finansowymi. z badań wynika, że zakres aktywności ekonomicznej osób chorujących był znacznie mniejszy, niż wśród klientów ośrodków pomocy społecznej, co spójne było z założeniem, że występujące objawy i zaburzenia funkcji poznawczych sprzyjać będą większym trudnościom w funkcjonowaniu ekonomicznym.

U pacjentów zauważalna była skłonność do skupiania się na zaspokajaniu własnych potrzeb konsumpcyjnych. Tendencja tego typu była szczególnie widoczna wśród pacjentów z objawami w postaci urojeń. Jednym z potencjalnych wytłumaczeń tego typu aktywności może być koncepcja „samoleczenia” (ang. *self-medication*) wśród osób chorujących na schizofrenię (Gwosami, Mattoo, Basu i Singh, 2004). Zazwyczaj określenia tego używa się w kontekście zażywania narkotyków, palenia papierosów, czy picia alkoholu przez osoby chorujące na schizofrenię. Substancje uzależniające pozwalają chorym na łagodzenie doznawanych objawów i zmniejszenie odczuwanego dystresu poprzez regulację stężenia neuroprzekaźników - zwłaszcza dopaminy (np. Chambers, 2009). w badanej grupie ok. połowa chorujących w przeszłości stosowała amfetaminę, prawie 42% paliło marihuanę. Możliwe zatem, że respondenci poszukiwali alternatywnych sposobów na radzenie sobie z napięciem emocjonalnym wynikającym z pojawianiem się urojeń. Oprócz palenia papierosów mogło to być również dokonywanie zakupów. Badania wskazują na to, że podczas zakupów (np. u osób od nich uzależnionych) dochodzi do aktywacji ośrodków w „oddolnym” układzie nagrody, które pobudzają szlaki dopaminergiczne (np. McLaughlin i in., 2017). Tym samym prowadzą do mechanizmu zbliżonego do tego, który opisywany jest w ramach koncepcji samoleczenia.

Oprócz urojeń, istotnymi objawami pozostającymi w zależności z funkcjonowaniem ekonomicznym, były symptomy związane z dezorganizacją zachowania. Wykazano bowiem, że pacjenci z mocniej nasilonymi anormalnymi zachowaniami motorycznymi rzadziej dokonywali zakupów, a cierpiący z powodu zdezorganizowanego myślenia przeznaczali mniejsze kwoty na opłacanie czynszu i mediów. Wyniki te wskazują na to, że objawy charakteryzujące się dezorganizacją behawioralną i kognitywną współwystępowały z wycofaniem z funkcjonowania w zakresie istotnych aktywności ekonomicznych. Możliwym jest, że dezorganizacja zachowania i myślenia prowadzi do braku kontaktu z rzeczywistością (np. Morrison, 2016; Hinzen i Rosselló, 2015) - w tym z zachowaniami konsumpcyjnymi i przeznaczaniem pieniędzy na potrzeby gospodarstwa domowego. Ponadto zauważa się, że osiowymi cechami dezorganizacji w schizofrenii są: błędy afektu, ambiwalencja, autyzm, rozluźnienie skojarzeń, utrata woli i utrata uwagi (Czernikiewicz i Bibulowicz, 2006). Są to zatem charakterystyki, które w znacznym stopniu mogą ograniczać zdolności do działania w sferze ekonomicznej. z jednej strony mogą prowadzić do podejmowania nieracjonalnych decyzji (ambiwalencja, rozluźnienie skojarzeń, utrata uwagi, błędy afektu), a z drugiej – do wycofywania z różnych aktywności, w tym finansowych (autyzm, utrata woli). Jest to tym bardziej prawdopodobne, że w badaniu wykazano, iż w zakresie dostrzegania błędów w wydawaniu reszty gorsze wyniki uzyskiwali pacjenci o większym nasileniu zdezorganizowanego myślenia (mowy). Nie można wykluczyć jednak wpływu decyzji pozostałych mieszkańców gospodarstwa domowego odnośnie do wykluczania chorujących z aktywności w sferze ekonomicznej. w jakościowych badaniach Pielkovej (2013) ukazano, że w rodzinach, gdzie jedna z osób choruje, jej członkowie często wchodzi w symbiozę z pacjentem, ograniczając przy tym jego samodzielność.

W kontekście umiejętności związanych z funkcjonowaniem w sferze ekonomicznej, istotnymi okazały się również objawy negatywne. w badaniu dowiedziono, iż w zadaniach związanych z szacowaniem cen produktów mniej efektywni okazali się być respondenci przejawiający mocniej nasilone objawy negatywne. Wynikało to najpewniej ze znacznego wycofywania się pacjentów z tego typu objawami z codziennego życia (np. Marder i Galderisi, 2017), co powodowało, iż rzadziej robili oni zakupy i wobec tego nie znali cen podstawowych artykułów. Niesie to za sobą ważne implikacje praktyczne, które dotyczą znacznej części osób chorujących – 20-40% (Sarkar, Hillner i Velligan, 2015). w badaniu na potrzeby niniejszej rozprawy nie sprawdzano

tę, czy występujące objawy negatywne mają charakter pierwotny, czy wtórny. Przy podejmowaniu oddziaływań terapeutycznych ma to istotne znaczenie – symptomy wtórne mogą ulec poprawie przy podjęciu odpowiedniego leczenia farmakologicznego. w przypadku objawów pierwotnych rokowania są dużo gorsze, ponieważ często wiążą się ze zmianami w obrębie struktur mózgowia (Kirkpatrick, 2014).

Jak napisano wcześniej, kompetencje finansowe pozostawały w zależności z funkcjonowaniem poznawczym osób chorujących. Prawidłowe wykonywanie zadań finansowych korelowało z lepszą umiejętnością hamowania reakcji automatycznych, stabilnością uwagi, sprawniejszą pamięcią świeżą i operacyjną. Dotychczas nie przeprowadzono tego typu badań wśród osób chorujących na schizofrenię. Potwierdzano co prawda ich słabe funkcjonowanie poznawcze (np. Andreasen i in., 2011; Ezequiel, 2016), a także wskazywano na ograniczone zdolności do gospodarowania zasobami finansowymi (np. Borrás i in., 2007), jednak nie sprawdzano zależności pomiędzy nimi. Tymczasem uzyskane wyniki niosą za sobą ważne implikacje praktyczne związane z wdrażaniem odpowiednich treningów funkcji poznawczych dla chorujących z problemami w zakresie radzenia sobie z własnymi finansami.

Zaskakujące okazało się to, że wskaźniki wskazujące na gorszą sytuację materialną rodzin osób chorujących nie korelowały z większym brakiem samodzielności. Co więcej, widoczna była tendencja odwrotna – w domach o wyższych dochodach zauważalne było to, że osoby chorujące przeznaczały wyraźnie mniej własnych pieniędzy na czynsz i media, a jednocześnie większe kwoty wydawały na własne potrzeby. Ponadto w przypadku osób chorujących na schizofrenię, które nie znały wysokości opłat za rachunki w gospodarstwie domowym, wyraźne były wyższe dochody rodziny – ogólnie i *per capita*. Uzyskane wyniki można tłumaczyć tym, że wraz z mniejszymi problemami finansowymi w domu, chorujący byli wycofywani z udziału w gospodarowaniu domowymi wydatkami. Znalazło to przełożenie w ich umiejętnościach praktycznych - analiza wyborów konsumenckich w „Sklepie” w kontekście przychodów rodziny wskazuje na to, że wyższy dochód *per capita* współwystępował wśród chorujących z popełnianiem większych błędów w szacowaniu cen wybieranych produktów (samodzielnie i z listą artykułów) i z rzadszym wybieraniem produktów uznawanych za tanie.

Przeprowadzone badania są pierwszymi, które sprawdziły występowanie tego typu zależności. Niemniej jednak, by zrozumieć występowanie ukazanych zależności, ważne

wyduje się być zwrócenie uwagi na charakterystykę funkcjonowania rodzin, które na co dzień żyją z osobami chorującymi na schizofrenię. Konfrontacja z chorobą osoby bliskiej jest przeżyciem wyjątkowo trudnym, które wymaga reorganizacji codziennego życia rodziny – w tym ekonomicznego i konsumpcyjnego. Często wiąże się to z ochroną osoby chorej, skupianiem na niej uwagi i intensyfikacją opieki, co prowadzi do wycofania jej z dotychczasowych obowiązków (Chuchra, 2009). Tymczasem symptomy zmieniają się wraz z postępem choroby – pojawiają się okresy remisji i nawrotów (Birchwood i Jackson, 2004). Naturalnym jest, że rodzina dąży do pewnej stabilizacji, by zapewnić sobie poczucie bezpieczeństwa (Chmielewska, 2016). Możliwym jest zatem, że w obliczu choroby jednego z członków rodziny, system dostosowuje swoje funkcjonowanie ekonomiczne do okresu, gdy symptomy są najbardziej nasilone i postrzegane jako niebezpieczne dla domowych finansów. Wnioski te są tym bardziej istotne, że chorujący często postrzegani są jako osoby, które przejawiają znaczne trudności związane impulsywnością w swoich działaniach w sferze ekonomicznej.

6.3. Impulsywność w funkcjonowaniu ekonomicznym wśród osób chorujących na schizofrenię

Jeden z najbardziej istotnych wniosków z badań dotyczy impulsywności w funkcjonowaniu ekonomicznym wśród osób chorujących na schizofrenię. Uzyskane wyniki można uznać za zaskakujące. Sposób postrzegania samych siebie przez osoby chore wskazuje na to, że faktycznie cechuje ich większa skłonność do zachowań impulsywnych, które zależą w dużej mierze od odczuwanych symptomów i funkcjonowania poznawczego. Tymczasem rezultaty badań, w których respondenci wykonywali konkretne zadania sprawdzające skłonność do impulsywności w zachowaniach finansowych, pokazują tendencję odwrotną.

W ramach niniejszej rozprawy porównano obydwie grupy badawcze pod względem ich charakterystyk funkcjonowania finansowego. Pacjenci schizofreniczni przejawiali większą skłonność do ukierunkowywania swojej perspektywy finansowej na teraźniejszość. Jest to cecha charakteryzująca zwykle osoby, które nastawione są na zaspokajanie swoich potrzeb finansowych „tu i teraz” i które nie biorą pod uwagę konsekwencji swoich działań w sferze ekonomicznej (Wąsowicz-Kiryło, 2013). Wśród pacjentów ze schizofrenią cecha ta korelowała z większym nasileniem urojeń, co

pozostaje spójne z opisaną wcześniej koncepcją samoleczenia. Występowanie urojeń pozostawało również w zależności z bardziej pozytywnym nastawieniem wobec podejmowania ryzyka finansowego. Cechy te mogą wynikać z pobudzania „oddolnego” układu nagrody (układ dopaminergiczny), przynosząc tym samym swego rodzaju ukojenie w przeżywaniu objawów pozytywnych choroby (np. Chambers, 2009). Mechanizm ten jest zbliżony do występującego u osób uzależnionych od hazardu (np. Joutsa i in., 2012). Temat ten wymaga dalszych badań i skupienia się na tym, czy osoby z większym nasileniem urojeń faktycznie postrzegają robienie zakupów jako aktywność przyjemną.

Ponadto chorujący postrzegali się również jako osoby mało refleksyjne w kwestiach finansowych. Biorąc pod uwagę opisaną wcześniej wyniki, które wskazują na niską samodzielność pacjentów, ich brak refleksyjności może być pokłosiem rzadkiego angażowania się w życie finansowe rodziny. w badaniu nie ukazano, by w sposób istotny statystycznie refleksyjność finansowa korelowała z występującymi objawami schizofrenii. Współwystępowała jednak z trudnościami w hamowaniu reakcji automatycznych, co może wskazywać na „organiczne” podłoże występujących trudności, podobne do tych, które cechują osoby ze skłonnościami do impulsywnych zakupów (np. Hubert i in., 2013).

Opisane powyżej tendencje można uznać za niepokojące. Mogą prowadzić do podejmowania przez osoby chorujące na schizofrenię szybkich, pochopnych, impulsywnych i nieprzemyślanych decyzji w ramach różnych zachowań finansowych, co może z kolei nieść za sobą poważne konsekwencje ekonomiczne, a nawet prawne.

Ponadto stwierdzono również, że chorujący z objawami depresyjnymi prezentowali mniej przychylne nastawienie wobec pobierania kredytów, oszczędzania i inwestowania. Są to zachowania finansowe, które wymagają uzyskania pewnej perspektywy czasowej, w której zakłada się podejmowanie działań w przyszłości (spłacanie kredytu, uzyskiwanie pieniędzy z ubezpieczeń, zyskiwanie na poczynionych inwestycjach). Chorujący z symptomami maniakalnymi z kolei byli wobec tychże aktywności ustosunkowani bardziej pozytywnie. Można to tłumaczyć tym, że wśród osób z symptomami depresyjnymi obraz przyszłości jest zwykle negatywny (np. Popiel, Pragłowska, 2008; Beck, 2011). Jest to tym bardziej prawdopodobne, że w niniejszym badaniu wykazano korelację pomiędzy występowaniem depresyjności a mniejszą skłonnością do prezentowania finansowej perspektywy temporalnej ukierunkowanej na

przyszłość. Nie można jednak wykluczyć, że wymienione zachowania finansowe były odległe od codziennych doświadczeń respondentów, co powodowało, że ich stosunek do tego, co nieznane, był zależny od przeżywanych objawów.

Sprawdzono także to, czy osoby chorujące potrafiły planować robienie zakupów – wykazano, że pacjenci ze schizofrenią mieli z tym większe trudności od klientów ośrodków pomocy społecznej. w początkowym etapie dokonywania wyborów konsumenckich potrafili skupić się na wąskim zakresie wybieranych produktów, a następnie sięgali po artykuły w sposób chaotyczny, co również wskazuje na pewną tendencję do impulsywności. Wyniki te mogą współwystępować ze skłonnością do pomijania elementów w polu percepcyjnym (w badaniu wykazano istotną statystycznie korelację o słabej sile), co jest spójne z badaniami, które wskazują na trudności osób ze schizofrenią w koncentrowaniu uwagi przez dłuższy czas na szerokim polu percepcyjnym (Hahn i in., 2012; Robol i in., 2013).

Niemniej jednak warto pamiętać, że w niniejszym badaniu osoby chorujące nie wykonywały zakupów w „Sklepie” w sposób bardziej impulsywny od osób z grupy kontrolnej. Co ważne, korzystanie z listy artykułów sprawiło, że chorujący (podobnie jako klienci OPS) dokonywali wyborów konsumenckich zgodnie z założoną kolejnością. Rottenstreich, Sood i Brenner (2007) uważają, że robienie zakupów bez przygotowania, może prowadzić do dokonywania nagłych, impulsywnych decyzji. Biorąc pod uwagę opisane wcześniej wyniki, osoby chorujące na schizofrenię mogą być w większym stopniu predysponowane do tego typu skłonności.

Tak, jak sygnalizowano wcześniej, nie wszystkie wyniki uzyskane w badaniach na potrzeby niniejszej rozprawy potwierdzają wzmożoną skłonność osób chorujących do impulsywności w sferze funkcjonowania finansowego. w porównaniu do grupy kontrolnej, w badaniu narzędziem „Sklep”, osoby chorujące na schizofrenię wybierały mniej produktów, potrzebowały na to więcej czasu i wydawały niższe kwoty. Nie charakteryzowały się również większą skłonnością do przekraczania ograniczeń finansowych. Co istotne, osoby chorujące na schizofrenię wybierały produkty „hedonistyczne” równie często, co klienci OPS (a w początkowych etapach nawet rzadziej). Wpływ na to mogła mieć sama formuła badania. Chorujący byli obserwowani przez osobę badającą, która zapisywała kolejność wybieranych produktów i mierzyła czas. z jednej strony mogło to budzić lęk, jednak nie można wykluczyć również tego, że poczucie pewnego nadzoru sprawiło, że potrafili zahamować swoje tendencje do

126

impulsywności. Ponadto grupa pacjentów w momencie badania pozostawała pod opieką lekarską i psychologiczną (byli w czasie hospitalizacji lub korzystania z terapii grupowej), podlegały zatem leczeniu farmakologicznemu. Działanie neuroleptyków opiera się w głównej mierze na blokowaniu receptorów dopaminergicznych (Seeman i Seeman, 2011). Może to prowadzić do ograniczenia wpływ „oddolnego” (impulsywnego) układu nagrody, co sprzyja bardziej racjonalnym i przemyślanym wyborom konsumenckim (Pradeep, 2011).

Ważnymi wynikami w kontekście rozważań nad tym, co sprzyja mniejszej impulsywności wśród chorujących na schizofrenię, jest wiek zachorowania. w badaniu pacjenci, którzy zaczęli chorować później, mieli skłonność do wybierania mniejszej liczby produktów „hedonistycznych” w „Sklepie”, a także do przeznaczania mniejszych kwot na własne potrzeby. Może to wskazywać na istotny wpływ tego, że choroba o późnym początku (np. ok. 35 roku życia) sprawia, że pacjenci przed zachorowaniem przez co najmniej kilka lat żyli samodzielnie, zarządzali swoimi finansami, podejmowali pracę. Biorąc pod uwagę to, że w całym badaniu brały udział osoby stosunkowo młode (do 40 roku życia), czas pomiędzy zachorowaniem a momentem badania był dość krótki, a choroba (i/lub pobieranie leki) nie poczyniły jeszcze mocno nasilonych zmian w obrębie struktur mózgu (np. DeLisi, 2008), które mogłyby sprzyjać większej impulsywności.

6.4. Ograniczenia i mocne strony rozprawy

Przeprowadzone badania posiadają pewne ograniczenia. Przede wszystkim obydwie grupy były mało liczne, co znacznie utrudnia generalizowanie uzyskanych wyników na ogólną populację. Niska liczebność grup wynikała przede wszystkim z trudności związanych prowadzeniem badań trójetapowych. Część respondentów rezygnowała z udziału w badaniu w czasie jego trwania (wśród chorujących było to ok. 10 osób, wśród klientów ośrodków pomocy społecznej – ok. 20). Pomimo podziału badań na trzy części dla niektórych mogły być one zbyt obciążające. Pierwsze dwa etapy trwały po ok. jednej godzinie, trzeci – ok. 20 minut. Respondenci byli informowani na początku badań, że mogą zrezygnować w każdym momencie. Chorujący, którzy korzystali z takiej możliwości, mówili zwykle, że po prostu nie chcieli już brać w nich udziału. Klienci OPS przeważnie nie zgłaszali się na badanie w drugim etapie.

Sposób uzyskiwania danych był nieco odmienny w obydwu grupach – z pacjentami

chorującymi na schizofrenię przeprowadzono wywiad, podczas gdy klienci OPS wypełniali kwestionariusze samodzielnie.

Ponadto wartościowe byłoby uzyskanie bardziej zobiektywizowanych informacji na temat codziennego życia osób chorujących na schizofrenię – np. w ramach wywiadu z członkami rodziny. Szczególnie istotne byłyby dane dotyczące ich zaangażowania w gospodarowanie finansami, ewentualne powody wycofywania z życia ekonomicznego rodziny, postrzegane trudności wynikające z potencjalnej impulsywności chorujących.

Nie jest również wiadomym, na ile sposób wykonania zadań w narzędziu „Sklep” jest obiektywnym wskaźnikiem realnego dokonywania wyborów konsumenckich – wymaga to uzyskania szerszej wiedzy dotyczącej trafności i rzetelności metody. Wymagałoby to np. sprawdzenia zależności pomiędzy rezultatami uzyskanymi w „Sklepie” a sposobem dokonywania zakupów *in vivo*. Ponadto warto zwrócić uwagę na ewentualny wpływ obserwacji i zapisywania informacji przez badacza w czasie trwania badania.

Pomimo powyższych ograniczeń uzyskane rezultaty i wnioski wydają się być wartościowymi, tym bardziej, że podjęty temat nie był dotychczas eksplorowany empirycznie. Siłą przeprowadzonych badań jest ich kompleksowy charakter. z respondentami przeprowadzono obszerny wywiad dotyczący stanu ich zdrowia somatycznego, historii leczenia psychiatrycznego, sytuacji materialnej i rodzinnej, funkcjonowania ekonomicznego. Wykonano obszerne badania funkcjonowania poznawczego. Zebrano informacje od lekarzy prowadzących odnośnie do leczenia i występowania objawów wśród osób chorujących (użyte narzędzie CRDP). Podjęto próbę diagnozy charakterystyk funkcjonowania finansowego oraz postaw wobec różnych zachowań finansowych osób chorujących na schizofrenię. Sprawdzone ich kompetencje finansowe. Stworzono i wykorzystano autorskie narzędzie – „Sklep”. Wyniki uzyskane w badaniach na potrzeby niniejszej rozprawy pozwoliły na sformułowanie najważniejszych wniosków, które dotyczą przede wszystkim złej sytuacji materialnej osób chorujących na schizofrenię, ich ograniczonej samodzielności i kompetencji w funkcjonowaniu ekonomicznym, a także tendencji do impulsywności. Analiza i interpretacja opisanych rezultatów pozwoliła na wysunięcie ważnych wniosków aplikacyjnych, które opisano w kolejnym rozdziale.

Dodatkową korzyścią dla respondentów była możliwość uzyskania informacji

zwrotnych dotyczących uzyskanych w testach rezultatów.

Rozdział 7. Wnioski aplikacyjne

Osoby chorujące na schizofrenię wymagają złożonych oddziaływań terapeutycznych – zarówno farmakoterapii jak i psychoterapii, a także pracy terapeutycznej grupowej, treningu funkcjonowania społecznego (Ganguly, Soliman, Moustafa, 2018). w ramach tychże oddziaływań, a zwłaszcza pracy psychoterapeutycznej i grupowej, możliwe jest zaplanowanie odpowiednich oddziaływań terapeutycznych ukierunkowanych na poprawę funkcjonowania w sferze ekonomicznej osób chorujących na schizofrenię. Istotnym jest jednak, by zwracać uwagę na występowanie objawów chorobowych, zaburzenia funkcjonowania poznawczego oraz sytuację rodzinną i finansową gospodarstw domowych osób chorujących. Poniżej sformułowano wnioski aplikacyjne, które mogą posłużyć jako wskazówki do pracy terapeutycznej z pacjentami, a także przy planowaniu treningów funkcjonowania finansowego.

Proponowane oddziaływania terapeutyczne i treningowe mogą być przeprowadzane w ramach zespołów leczenia środowiskowego (ZLS) lub oddziałów dziennych psychiatrycznych (ODP). Leczenie w tych jednostkach jest refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

W proponowanych oddziaływaniach przede wszystkim istotną wydaje się być rola terapeuty, którego podstawowym zadaniem powinno być wspieranie pacjentów w samodzielności. Ważne, by pacjenta nie wyręczać w jego zadaniach, gdyż może to prowadzić do powielania dotychczasowego schematu z domu rodzinnego (zwłaszcza wśród pacjentów ze słabo nasilonymi objawami i zamieszkujących w gospodarstwach domowych z wyższymi dochodami). Jak wynika z badań przeprowadzonych na potrzeby rozprawy, dużym problemem wśród osób chorujących na schizofrenię jest brak samodzielności i brak aktywności na rynku pracy.

Istotne jest zatem zachęcanie pacjentów do większej samodzielności, co powinno odbywać się niemal na wszystkich płaszczyznach pracy terapeutycznej. Przykładowymi oddziaływaniami mogą być: samodzielnie zapisywanie się na kolejne wizyty w rejestracji przychodni, przygotowywanie sali terapeutycznej do zajęć (rozkładanie krzeseł, wietrzenie, rozłożenie materiałów), w razie niemożności przyścia na spotkanie – odwołanie go telefonicznie, podejmowanie tematu samodzielności w ramach spotkań indywidualnych, tworzenie planów działania, szukanie sposobów rozwiązywania problemów, wykonywanie prac domowych. Tym samym podstawowym zadaniem

terapeuty jest wspierania pacjenta w jego samodzielności z uszanowaniem jego podmiotowości, indywidualnych potrzeb i ograniczeń.

Podejmując temat pracy zawodowej istotnym jest, by zwracać uwagę na występujące objawy. Ich nadmierne nasilenie może realnie uniemożliwiać aktywność na rynku zawodowym. Szczególne utrudnienia mogą być zauważalne wśród pacjentów, którzy odczuwają wzmożone objawy negatywne.

Objawy chorobowe o niższym nasileniu przeważnie nie współwystępują z zaburzeniami funkcjonowania poznawczego, co wykazano w wykonanych badaniach. Niemniej jednak warto zwracać uwagę na zależność pomiędzy symptomami a podejmowanymi aktywnościami finansowymi (np. opłacanie zobowiązań finansowych, angażowanie się w życie ekonomiczne rodziny). Jak wynika z przeprowadzonych w ramach niniejszej rozprawy badań, pacjenci doznający urojeń mogą wydawać wyższe kwoty na zakupy dla samych siebie. Ponadto urojenia współwystępowały z większą skłonnością do podejmowania ryzyka finansowego, a także z perspektywą finansową ukierunkowaną na zaspokajanie doraźnych potrzeb. Tego typu zachowania i skłonności mogą być powiązane z koncepcją „samoleczenia” i wymagają obserwacji w ramach prowadzonych oddziaływań. Symptomy mogą być również powiązane z postawami wobec różnorodnych zachowań finansowych. Osoby z cechami maniakałnymi mogą być bardziej skłonne do pobierania kredytów i podejmowania prób inwestowania, osoby depresyjne zaś będą cechowały odmienne charakterystyki. Obserwacja pacjentów pod kątem występujących objawów jest bardzo istotna, gdyż mogą one być ważnym wskaźnikiem funkcjonowania ekonomicznego osób chorujących.

W ramach funkcjonowania poznawczego osoby chorujące na schizofrenię wykazywały przede wszystkim zaburzenia pamięci operacyjnej werbalnej, pamięci operacyjnej niewerbalnej, spowolnienie tempa w zadaniach angażujących funkcje wzrokowo-przestrzenne oraz skłonność do popełniania błędów fałszywie pozytywnych (trudności w hamowaniu automatyzmów) w zadaniach wzrokowo-przestrzennych. Upośledzenie umiejętności kognitywnych pozostawało w zależności z refleksyjnością podejmowania decyzji finansowych, większą skłonnością do podejmowania ryzyka finansowego, gorszymi kompetencjami finansowymi. Niskie tempo procesów poznawczych z kolei współwystępowało z powolniejszym wykonywaniem zakupów. Zaburzenia funkcji poznawczych nie współwystępowały z objawami chorobowymi (oprócz zależności pomiędzy omamami a pamięcią świeżą). Wyniki te wskazują na to, że

istotnym elementem poprawy funkcjonowania w sferze ekonomicznej osób chorujących na schizofrenię będą treningi poznawcze związane z opisanymi powyżej procesami. By tego typu oddziaływania były skuteczne kluczowe może się okazać zastosowanie skomputeryzowanych metod oraz powtarzalność ćwiczeń i ich odpowiednia częstotliwość. Próby uczenia się powinny być dostosowywane indywidualnie – do potrzeb pacjenta (Genevsky, Garrett, Alexander i Vinogradov, 2010). Znacząca może być tu współpraca z terapeutą i motywowanie pacjenta do podejmowania ćwiczeń w domu, by zapewnić odpowiednią systematyczność.

Z uzyskanych wyników opisanych w niniejszej rozprawie wynika, że osoby chorujące na schizofrenię borykają się z licznymi trudnościami w zakresie funkcjonowania ekonomicznego, na które warto zwrócić szczególną uwagę w ramach prowadzonego treningu. Należą do nich: brak samodzielności w zakresie aktywności ekonomicznej (np. opłacanie czynszu, robienie zakupów, przeznaczanie pieniędzy na potrzeby gospodarstwa domowego), słaba wiedza na temat potrzeb gospodarstwa domowego, trudności w planowaniu zakupów, skłonność do kupowania produktów droższych, nieznajomość cen artykułów, osłabione umiejętności płacenia odpowiednich sum i sprawdzania wydawanej reszty, skłonność do ukierunkowywania perspektywy finansowej na teraźniejszość i osłabiona refleksyjność podejmowania decyzji finansowych. Poniżej opisano proponowane oddziaływania, które mogą być przeprowadzane w ramach treningu funkcjonowania ekonomicznego.

Samodzielność w zakresie aktywności ekonomicznej, wiedza na temat potrzeb gospodarstwa domowego. Istotnym jest, by pacjenci uzyskiwali większą wiedzę na temat potrzeb swojego gospodarstwa domowego, tzn. tego, ile wynoszą opłaty za czynsz, media i w jaki sposób należy je opłacać. Możliwe, że wymagana będzie tu współpraca z rodzinami chorujących, by ci w większym stopniu byli angażowani w codzienne obowiązki. Niemniej jednak wprowadzanie zmian do systemu rodzinnego jest zadaniem trudnym a współpraca z rodziną niekoniecznie będzie łatwą (Eassom, Giacco, Dirik i Priebe, 2014).

Istotna będzie tu również wiedza pacjentów na temat wysokości uzyskiwanych dochodów z rent i zasiłków i tego, w jaki sposób nimi gospodarują. Największą skłonność do przyjmowania postawy egocentrycznej mogą mieć chorujący z mocno nasilonymi objawami urojeniowymi i stosunkowo sprawnie funkcjonujący w zakresie poznawczym.

Trudności w planowaniu zakupów, skłonność do kupowania produktów droższych, nieznajomość cen artykułów. Osoby chorujące na schizofrenię mają wyraźne trudności z planowaniem codziennych zakupów – zwłaszcza, gdy zakupy te obejmują dużą liczbę artykułów. Przekłada się to na dłuższe ich wykonywanie, a co za tym idzie – dłuższą ekspozycję na reklamy i artykuły, których nie mieli zamiaru nabywać. W ramach prowadzonych oddziaływań istotne jest uczenie pacjentów tworzenia list produktów do zakupu. Jak wykazano w badaniu z użyciem „Sklepu” pacjenci mieli skłonność do tego, by w początkowych fazach zakupów dokonywać ich w sposób metodyczny, „poukładany”, a później bardziej chaotycznie. Tworzenie list może się zatem odbywać na zasadzie wpisywania na nie produktów, które w sklepie znajdują się niedaleko siebie. Dobrym rozwiązaniem może być również robienie mniejszych zakupów, lecz częściej (co będzie ważne w kontekście ekspozycji i habituacji do sytuacji dokonywania wyborów konsumenckich).

W badaniu pacjenci dość często wybierali produkty drogie. Dlatego warto zachęcać chorujących, by na liście zakupów zapisywali konkretne nazwy artykułów (np. „Mleko Łaciate, 3,2% UHT” zamiast po prostu „mleko”). Ważnym jest, by pacjenci przekładali uzyskiwaną wiedzę na działania praktyczne. Dlatego zasadnym wydaje się być tworzenie listy zakupów wspólnie z pacjentem, by następnie poprosić go o przyniesienie rachunku na kolejne spotkanie – w celu weryfikacji „trzymania się” listy i doboru produktów o optymalnych cenach. Jest to tym bardziej istotne, iż chorujący na schizofrenię mogą być słabo rozeznani w cenach produktów. Trening w tym zakresie może odbywać się w ramach zajęć grupowych. Można zaproponować pacjentom, by wspólnie stworzyli „koszyk produktów potrzebnych”, tj. takich, które są ważne w codziennym życiu. Następnie zadaniem pacjentów byłoby wybranie kilku sklepów (np. „Biedronka”, „Lidl”, „Carrefour”, „Tesco” itd.) i indywidualne sprawdzenie cen wybranych artykułów w różnych miejscach. Na następnym spotkaniu grupowym ceny byłyby porównywane. Trening tego typu może pozwolić na integrację grupy, wspólne ustalenie tego, jakie artykuły są potrzebne w codziennym życiu (nauka poprzez modelowanie), wspieranie w samodzielności (każdy pacjent idzie do innego sklepu) oraz poznawanie cen artykułów. Pacjenci mogą przy tym porównać, w których sklepach taniej zakupią potrzebne artykuły. Istotne jest, by terapeuta/psycholog podejmował rolę moderatora grupy, nadawał jej bezpieczne ramy i strukturę, jednak by nie wyręczał pacjentów.

Oslabione umiejętności płacenia odpowiednich sum i sprawdzania wydawanej reszty w tym zakresie zasadnym wydaje się być ćwiczenie umiejętności z użyciem realnych pieniędzy. Można przygotować zestawy cen, które należy zapłacić z posiadanej gotówki (nauka prawidłowego liczenia pieniędzy). w ramach podobnego zadania można uczyć pacjentów sprawdzania tego, czy wydawana im reszta jest prawidłowa.

Charakterystyki funkcjonowania finansowego – zmniejszona refleksyjność oraz finansowa perspektywa temporalna ukierunkowana na teraźniejszość. Sugerowanie oddziaływań terapeutycznych ukierunkowanych *stricte* na zmianę tych charakterystyk wydaje się być bezzasadne, ponieważ zakłada się, iż wraz z wprowadzaniem odpowiednich oddziaływań terapeutycznych, treningowych i edukacyjnych ulegną one zmianie. Przy podejmowaniu oddziaływań praktycznych związanych z funkcjonowaniem ekonomicznym chorujących na schizofrenię kluczowe jest zwiększenie refleksyjności pacjentów i poprawa umiejętności związanych z racjonalnym gospodarowaniem zasobami finansowymi.

Podsumowanie

Przeprowadzone badania ukazały występowanie wśród osób chorujących na schizofrenię zaburzeń funkcjonowania poznawczego, a także trudności w licznych sferach ich życia finansowego, zawodowego i społecznego.

Wykazano, że w porównaniu do osób niechorujących o podobnych dochodach rodzinnych, pacjenci cechują się gorszym funkcjonowaniem poznawczym, mniejszą samodzielnością w ramach podejmowanych zachowań finansowych, mają mniejszą wiedzę o potrzebach gospodarstwa domowego, gorzej planują codzienne zakupy, przejawiają skłonność do wybierania droższych produktów. Dokonywanie wyborów konsumenckich zabiera im więcej czasu. Sposób dokonywania zakupów nie jest bardziej impulsywny ani ukierunkowany hedonistycznie. Niemniej jednak sami siebie oceniają jako osoby mało refleksyjne i mające trudności z odraczaniem natychmiastowej gratyfikacji. Wykazano pewne istotne zależności pomiędzy cechami funkcjonowania finansowego a sytuacją materialną gospodarstwa domowego. Wyniki wskazują na to, że w domach, których dochód rodziny jest wyższy, chorujący przejawiają mniejszą samodzielność w zakresie podejmowanej aktywności ekonomicznej. Jest to wynik istotny, wskazujący na to, że chorujący są często wykluczani z podejmowania aktywności finansowych w swoich rodzinach (lub też sami świadomie się z nich wycofują).

Opisano także zależność pomiędzy tempem funkcji poznawczych a szybkością dokonywania wyborów konsumenckich, gdzie jako pomocy używano listy produktów (zaburzenia w zakresie przeszukiwania pola percepcyjnego). Tendencje do impulsywności w czasie robienia zakupów pozostawały w zależności z trudnościami w hamowaniu reakcji automatycznych. Ponadto wykazano, że osoby doświadczające nasilonych urojeń przejawiają większą skłonność do wydawania pieniędzy jedynie na swoje potrzeby. w kontekście codziennego funkcjonowania ekonomicznego najbardziej istotne są symptomy chorobowe związane ze zdeorganizowanym myśleniem.

Uzyskane wyniki przełożono na wnioski aplikacyjne w postaci wytycznych do planowania treningów funkcjonowania ekonomicznego dla osób chorujących na schizofrenię. Trening ten mógłby składać się zarówno z oddziaływań indywidualnych (porady psychologiczne, wizyty lekarskie) jak i grupowych (sesje wsparcia psychospołecznego). w ramach prowadzonych oddziaływań zaproponowano farmakoterapię, trening funkcji poznawczych, trening funkcjonowania ekonomicznego, próby angażowania w życie zawodowe oraz współpracę z rodzinami pacjentów.

Bibliografia

- Achar, C., So., J., Agrawal, N. & Duhachek, A. (2016), What We Feel and Why We Buy: The Influence of Emotions on Consumer Decision-Making, *Current Opinion in Psychology*, 10, DOI: 10.1016/j.copsyc.2016.01.009
- Aguilar, E.J., Corripio, I., Garcia-Marti, G., Grasa, E., Marti-Bonmati, L., Gomez-Anson, B., Sanjuan, J., Nuñez-Marin, F., Lorente-Rovira, E., Escarti, M.J., Brabban, A. & Turkington, D. (2018), Emotional fMR auditory paradigm demonstrates normalization of limbic hyperactivity after cognitive behavior therapy for auditory hallucinations, *Schizophrenia Research*, 193, 304-312.
- Allen, P., Laroi, F., McGuire, P.K. & Aleman, A. (2008), The hallucinating brain: a review of structural and functional neuroimaging studies of hallucinations, *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 32, 175-191.
- American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th edition)*, Waszyngton.
- Andreasen, N. (2000), Schizophrenia: The Fundamental Questions, *Brain Research Reviews*, 31, 106 – 112.
- Andreasen, N., Nopoulos, P., Magnotta, V., Pierson, R., Ziebel, S. & Ho, B.C. (2011), Progressive Brain Change in Schizophrenia: a Prospective Longitudinal Study of First-Episode Schizophrenia, *Biological Psychiatry Journal*, 70 (1), 672-679.
- Augustynek, A. (2015), *Psychopatologia człowieka dorosłego*, Warszawa: Difin
- Ayano, G. (2016), Schizophrenia: a Concise Overview of Etiology, Epidemiology Diagnosis and Management: Review of Literatures, *Journal of Schizophrenia Research*, 3 (2), 1026.
- Baddeley, A. (2000), The episodic buffer: a new component of working memory? *Trends in Cognitive Sciences*, 4 (11), 417-423.
- Balzan, R.P., Neaves, A., Denson, L.A., Liu, D. & Galletly C. (2014), Cognitive deficit awareness in schizophrenia: absent, intact, or somewhere in-between? *Cogn Neuropsychiatry*, 22, 1–14.
- Bartels, D. M., Johnson, E. J. (2015), Connecting Cognition and Consumer Choice, *Cognition*, 135, 47 – 51.
- Bates, M.E., Lemay, E.P. (2004), The d2 Test of Attention: Construct validity and extensions in scoring techniques, *Journal of the International Neuropsychological Society*, 10 (3), 392-400.
- Beck, A.T., Rector, N.A., Stolar, N., Grant, P. (2010), *Schizofrenia w ujęciu poznawczym. Teoria, badania i terapia*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Beck, J.S. (2012), *Terapia poznawczo-behawioralna. Podstawy i zagadnienia szczegółowe*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Bell, M. D., Lysaker, P. H. (1997), Clinical Benefits of Paid Work Acitivity in

- Schizophrenia, *Schizophrenia Bulletin*, 23 (2), 317 – 328.
- Bell, M. D., Lysaker, P. H. (2003), a behavioral Intervention to Improve Work Performance in Schizophrenia: Work Behavior Inventory Feedback, *Journal of Vocational Rehabilitation*, 18, 43-50.
- Birchwood, M., Jackson, C. (2004), *Schizofrenia. Modele kliniczne i techniki terapeutyczne dla praktyków i pacjentów*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Bogerts, B. (1993), Recent advances in the neuropathology of schizophrenia, *Schizophrenia Bulletin*, 19, 431 – 445.
- Bond, G.R., Drake, R.E. (2015), The critical ingredients of asserive community treatment, *World Psychiatry*, 14 (2), 240-242.
- Bora, E., Pantelic, C. (2015), Meta-analysis of Cognitive Impairment in First-Episode Bipolar Disorder: Comparison With First-Episode Schizophrenia and Healthy Controls, *Schizophrenia Bulletin*, 41 (5), 1095-1104.
- Borkowska, A. (2009), Znaczenie zaburzeń funkcji poznawczych i możliwości ich oceny w chorobach psychicznych, *Psychiatria w Praktyce Klinicznej*, 2 (1), 30 – 40.
- Borkowska, A., Rybakowski, J. (2005), Deficyty poznawcze w schizofrenii. W: A. Borkowska (red.), *Zaburzenia funkcji poznawczych w chorobach psychicznych*, Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej.
- Borras, L., Mohr, S., Bouscherie, M., Dupont-Willemin, S., Ferrero, F. & Huguelet, P. (2007), Patients with schizophrenia and their finances: how they spend their money. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 42 (12), 977-983.
- Brickenkamp, R. (2012), *Test d2. Test badania uwagi. Podręcznik*, Warszawa: Erda.
- Bronowski, P., Chotkowska, K. (2016), Nowe trendy w rehabilitacji osób chorujących psychicznie, *Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania*, 20 (3), 11-20.
- Carpenter, W.T., Blanchard, J.J., Kirkpatrick, B. (2016), New Standards for Negative Symptom Assessment, *Schizophrenia Bulletin*, 42 (1), 1-3.
- Cassidy, C.M., Balsam, P.D., Weinstein, J.J., Rosengard, R.J., Slifstein, M., Daw, N.D., Abi-Dargham, A. & Horga, G. (2018), a Perceptual Inference Mechanism for Hallucinations Linked to Striatal Dopamine, *Current Biology*, 28 (4), 503-514.
- Chaudhury, S. (2010), Hallucinations: Clinical aspects and management, *Industrial Psychiatry Journal*, 19, 1, 5-12.
- Chen, W.-H., Jin, W., Lyu, P.-Y., Liu, Y., Li, R., Hu, M. & Xiao, X.-J. (2017), Carotid Artherosclerosis and Cognitive Impairment in Nonstroke Patients, *Chin Med J. (Engl)*, 130 (19), 2375-2379.
- Chmielewska, A. (2016), Wspieranie czy interwencja? Kierunki działań wobec rodzin dotkniętych kryzysem, W: M. Szyszka (red.), *Dylematy życia rodzinnego. Diagnoza i wsparcie*, Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Chovil, I. (2005), Reflections on Schizophrenia, Learned Helplessness/Dependence, and

- Recovery, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 29 (1), 69-71.
- Christodoulou, T., Hadjulis, M., Jogia, J., Gilbert, S. J., Frangou, S. & Burges P. W. (2008), Cognitive vulnerability indicators in bipolar disorder and schizophrenia, *Annals of General Psychiatry*, 7 (1), poster.
- Christodoulou, T., Messinis, L., Papathanasopoulos P. & Frangou, S. (2012), Dissociable and common deficits in inhibitory control in schizophrenia and bipolar disorder, *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 262, 125 – 130.
- Chuchra, M. (2009), Obraz brzemia rodziny z osobą chorą na schizofrenię, *Roczniki Psychologiczne*, 12 (2), 103-128.
- Ciałkowska-Kumińska, M., Kiejna, A. (2012), Potrzeby pacjentów z zaburzeniami psychicznymi – perspektywa pacjentów oraz ich opiekunów, *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 21 (4), 269-275.
- Citak, S., Cakici, E. T., Cakici M. & Kose, S. (2013), Neuropsychological Assessment in Patients with Paranoid and Non – Paranoid Schizophrenia, *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 23 (4), 294 – 304.
- Clement, J., Kristensen, T., Grønhaug, K. (2013), Understanding consumers' in-store visual perception: The influence of package design features on visual attention, *Journal of Retailing and Consumer Services*, 20, 234 – 239.
- Corigliano, V., De Carolis, A., Trovini, G., Dehnhinh, J., Di Pietro, S., Curto, M., Donato, N., De Pisa, E., Girardi, P. & Comparelli, A. (2014), Neurocognition in schizophrenia: from prodrome to multi-episode illness, *Psychiatry Res.* 220 (1-2), 129-134.
- Corlett P.R., Taylor, J.R., Wang, X.-J., Fletcher, P.C. & Krystal, J.H. (2010), Toward a neurobiology of delusions, *Progress in Neurobiology*, 92, 345-369.
- Cross, A. J., Crow, T. J., Killpack, W. S., Longden, A., Owen, F. & Riley, G. J. (1978), The activities of brain dopamine β -hydroxylase and catechol-o-methyltransferase in schizophrenia and controls, *Psychopharmacology*, 59, 117–121.
- Crowe, S. (2000), Does the Letter Number Sequencing Task Measure Anything More Than Digit Span? *Assessment*, 7 (2), 113-117.
- Czernikiewicz, A., Bibułowicz, D. (2006), Dezorganizacja w schizofrenii - przegląd literatury, *Psychiatria*, 3 (2), 74-80.
- Damasio, A. (2013), *Błąd Kartezjusza. Emocje, rozum i ludzki mózg*, Poznań: Dom Wydawniczy Rebis.
- Davidson, M., Kapara, O., Goldberg, Sh., Yoffe, R., Noy, Sh. & Weiser, M. (2016), a Nation-Wide Study on Percentage of Schizophrenia and Bipolar Disorder Patients Who Earn Minimum Wage or Above, *Schizophr Bull*, 42 (2), 434-442
- Dąbkowska, M. (2007), Ocena wybranych funkcji poznawczych osób chorych na schizofrenię, *Badania nad schizofrenią*, VIII, 8, 43–52.
- Deac, C., Popescu, C.A., Armean, S.M., Macrea, R. & Micluția, I. V. (2015), Spatial memory functioning and negative symptoms in schizophrenia, *Acta Medica*

Transilvanica, 20 (1), 49–51.

- DeLisi, L.E. (2008), The Concept of Progressive Brain Change in Schizophrenia: Implications for Understanding Schizophrenia, *Schizophrenia Bulletin*, 34 (2), 312–321.
- Dell'Osso, B., Allen, A., Altamura, A.C., Buoli, M & Hollander E. (2008), Impulsive – compulsive buying disorder: clinical overview, *Aust N z J Psychiatry*, 42 (4), 259–266.
- Diamond, A. (2013), Executive Functions, *Annu. Rev. Psychol*, 64, 135–168.
- Dobrowolska, M., Izydorczyk, B. (2016), Współczesne trendy w psychiatrii środowiskowej w kontekście deinstytucjonalizacji, *Spółeczeństwo i Edukacja*, 21 (2), 227–241.
- Dopke, C.A., Batscha, C.L. (2014), Cognitive-Behavioral Therapy for Individuals With Schizophrenia: a Recovery Approach, *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 17, 44–71.
- Dudley, R., Taylor, P., Wickham, S. & Hutton, P. (2016), Psychosis, Delusions and the "Jumping to Conclusions" Reasoning Bias: a Systematic Review and Meta-analysis, *Schizophrenia Bulletin*, 42 (3), 652–665.
- Durmaz, Y., Diyarbakırlioğlu, I. (2011), a Theoretical Approach to the Strength of Motivation in Customer Behavior, *Global Journal of Human Social Science*, 11 (10), 37–42.
- Dziwota, E., Stepulak, M.Z., Włoszczak-Szubzda, A. & Olajossy, M. (2018), Social functioning and the quality of life of patients diagnosed with schizophrenia, *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 25 (1), 50–55.
- Eack, S.M., Newhill, C.E. (2007), Psychiatric Symptoms and Quality of Life in Schizophrenia: a Meta-Analysis, *Schizophrenia Bulletin*, 33 (5), 1225–1237.
- Eassom, E., Giacco, D., Dirik, A. & Priebe S. (2014), Implementing family involvement in treatment of patients with psychosis: a systematic review of facilitating and hindering factors, <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/4/10/e006108.full.pdf>, dostęp z dnia: 04.03.2019.
- Engelmann, M., Landgraf, R., Wotjak, C.T. (2004), The hypothalamic-neurohypophyseal system regulates the hypothalamic–pituitary–adrenal axis under stress: an old concept revisited, *Frontiers in Neuroendocrinology*, 25 (3), 132–149.
- Erenc, J., Pankiewicz, P., Lemska, M. (2002), Jak postrzegana jest osoba chora psychicznie? Wyniki badań w Woj. Pomorskim., *Ann. Acad. Med. Gedan.*, 32, 221–231.
- Ezequiel, U. (2016), Neuropsychological subtypes of schizophrenia and prefrontal circuits, *Revista eNeurobiologia*, 7 (15), 280516.
- Ezzatpanah, Z., Shariad, S.V., Tehrani-doost, M. (2014), Cognitive functions in

- methamphetamine induced psychosis compared to schizophrenia and normal subjects, *Iran J Psychiatry*, 9(3), 152-157.
- Falkai, P., Bogerts, B. (1992) Neurodevelopmental abnormalities in schizophrenia, *Clinical Neuropharmacology*, 15, suppl. 1A, 498-499.
- Farrel, L., Fry, T.R.L., Risse, L. (2016), The significance of financial self-efficacy in explaining women's personal finance behaviour, *Journal of Economic Psychology*, 54, 85-99.
- Frith, Ch., Johnstone, E. (2012), *Schizofrenia*, Sopot: GWP.
- Foxall, G.R. (2010), Accounting for consumer choice: Inter-temporal decision making in behavioural perspective, *Marketing Theory*, 10 (4), 315-345.
- Fuchs, T. (2015), The intersubjectivity of delusions, *World Psychiatry*, 14, 2, 178-179.
- Fukumoto, M., Hashimoto, R., Ohi, K., Yasuda, Y., Yamamori, H., Umeda-Yano, S., Iwase, M., Kazui, H. & Taked M. (2014), Relation between remission status and attention in patients with schizophrenia, *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 68, 234-241.
- Gałązka-Sobotka, M., Gryglewicz, J., Gierczyński, J., Wrona, W., Karczewicz, E., Zalewska, H., Drapała, A. & Sielicki, P. (2015), Schizofrenia – analiza kosztów społecznych i ekonomicznych, <https://journals.viamedica.pl/psychiatria/article/view/41976/30236>, dostęp z dnia: 26.11.2018.
- Ganguly, P., Soliman, A., Moustafa, A.A.(2018), Holistic Management of Schizophrenia Symptoms Using Pharmacological and Non-pharmacological Treatment, *Frontiers in Public Health*, 6, 1-9.
- Gay, N., Cottraux, J.A., Denoroy, L., Tommasi, M. & Kopp, N. (1988), Possible Increase of Dopamine-Beta-Hydroxylase Activity in the Locus Ceruleus of Paranoid Schizophrenic Patients: a preliminary Post-Mortem Study, *Psychiatry Research*, 27, 31-38.
- Genevsky, A., Garrett, C.T., Alexander, P.P. & Vinogradov, S. (2010), Cognitive training in schizophrenia: a neuroscience-based approach, *Dialogues Clin Neurosci.*, 12 (3), 416-421.
- Goldberg, D. (2010), Klasyfikacja zaburzeń psychicznych: prostszy system w DSM-V i ICD-11, *Adv. Psychiatr. Treat.*, 16, 14-19.
- Gong, Q., Dazzan, P., Scarpazza, C., Kasai, K., Hu, X., Marques, T.R., Iwashiro, N., Huang, X., Murray, R.M., Koike, S., David, A.S., Yamasue, H., Lui, S. & Mechelli, A. (2015), a Neuroanatomical Signature for Schizophrenia Across Different Ethnic Groups, *Schizophrenia Bulletin*, 41 (6), 1266-1275.
- Goh, C., Agius, M. (2010), The stress-vulnerability model. How does stress impact on mental health illness at the level of the brain and what are the consequences? *Psychiatria Danubina*, 22 (2), 198-202.

- Gwosami, S., Mattoo, S.K., Basu, D. & Singh, G. (2004), Substance-abusing schizophrenics: do they self-medicate? *Am J Addict*, 13 (2), 139-150.
- Górna, K., Jaracz, K., Jaracz, J., Kiejda, J., Grabowska-Fudala, B. & Rybakowski, J. (2014), Social functioning and quality of life in schizophrenia patients: relationship with symptomatic remission and duration of illness, *Psychiatr. Pol.*, 48 (2), 277-288.
- Górnik-Durose, M., Zawadzka, A.M. (red.) (2012), w *supermarkecie szczęścia. o różnorodności zachowań konsumenckich w kontekście jakości życia*, Warszawa: Difin.
- Gupta, C.N., Calhoun, V.D., Rachakonda, S., Chen, J., Patel, V., Liu, J., Segall, J., Franke, B., Zwiers, M.P., Arias-Vasquez, A., Buitelaar, J., Fisher, S.E., Fernandez, G., Erp van, T.G.M., Potkin, S., Ford, J., Mathalon, D., McEwen, S., Lee, H.J., Mueller, B.A., Greve, D.N., Andreassen, O., Agartz, I., Gollub, R.L., Sponheim S.R., Ehrlich, S., Wang, L., Pearlson, G., Glahn, D.C., Sprooten, E., Mayer, A.R., Stephen, J., Jung, R.E., Canive, J., Bustillo, J. & Turner, J.A. (2015), Pattern of Grey Matter Abnormalities in Schizophrenia Based on International Mega-analysis, *Schizophrenia Bulletin*, 41 (5), 1133-1142.
- Hagihara, H., Ohira, K., Takao, K., Miyakawa, T. (2014), Transcriptic evidence for immaturity of the prefrontal cortex in patients with schizophrenia, *Molecular Brain*, 41(7), <http://molecularbrain.biomedcentral.com/articles/10.1186/1756-6606-7-41> (dostęp z dnia: 22.04.2016).
- Hahn, B., Robinson, B.M., Harvey, A.N., Kaiser, S.T., Leonard, C.J., Luck, S.J. & Gold J.M. (2012), Visuospatial Attention in Schizophrenia: Deficits in Broad Monitoring, *Journal of Abnormal Psychology*, 121 (1), 119-128.
- Harrow, M., Hansford, B.G., Astrachan-Fletcher, E. (2009), Locus of Control: Relation to Schizophrenia, to Recovery, and to Depression and Psychosis: a 15-Year Longitudinal Study, *Psychiatry Research*, 168 (3), 186-192.
- Haslam, J., Pepin, G., Bourbonnais, R., Grignon, S. (2010), Processes of task performance as measured by the Assessment of Motor and Process Skills (AMPS): a predictor of work-related outcomes for adults with schizophrenia?, *Work*, 37, 53-64.
- Hatashita-Wong, M., Smith, T.E., Silverstein, S.M., Hull, J.W. & Willson, D.F. (2010), Cognitive functioning and social problem-solving skills in schizophrenia, *Cognitive Neuropsychiatry*, 7 (2), 81-95.
- Heckers, S., Brach, D.M., Bustillo, J., Gaebel, W., Gur, R., Malaspina, D., Owen, M.J., Schultz, S., Tandon, R., Tsuang, M., Van Os, J. & Carpenter, W. (2013), Structure of the psychotic disorders classification in DSM 5, *Schizophrenia Research*, 1, 11-14.
- Hester, R.L., Kinsella, G.J., Ong, B. (2004), Effect of age on forward and backward span tasks, *Journal of the International Neuropsychological Society*, 10, 475-481.
- Heszen, I., Sęk, H. (2008), *Psychologia zdrowia*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN

- Hintze, B. (2012), Czy zaburzenia pamięci operacyjnej i funkcji wykonawczych u adolescentów chorych na schizofrenię są bardziej nasilone niż u dorosłych chorych na schizofrenię? *Psychiatria Polska*, 44, 6, 961-973.
- Hintze, B., Wciórka, J., Borkowska, A. (2007), Zaburzenia pamięci operacyjnej i funkcji wykonawczych u chorych na schizofrenię w okresie częściowej remisji objawów psychopatologicznych, *Psychiatria*, 4 (2), 45-52.
- Hinzen, W., Rosselló, J. (2015), The linguistics of schizophrenia: thought disturbance as language pathology across positive symptoms, *Front Psychol.*, 6, 1-17.
- Honkonen, T., Stengard, E., Virtanen, M. & Salokangas, R.K.R (2007), Employment predictors for discharged schizophrenia patients, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 42, 372-380.
- Howes, O.D., Kapur, S. (2009), The Dopamine Hypothesis of Schizophrenia: Version III – The Fincal Common Pathway, *Schizophrenia Bulletin*, 35 (3), 549-562.
- Hu, F.K., He, S., Fan, Z. & Lupiáñez, J. (2014), Beyond the inhibition of return of attention: reduced habituation to threatening faces in schizophrenia, *Frontiers in Psychiatry*, 5, 1-11.
- Hubbard, L., Tansey, K.E., Rai, D., Jones, P., Ripke, S., Chambert, K.D., Moran, J.L., McCarroll, S.A., Linden, D.E.J., Owen, M.J., O'Donovan, M.C., Walters, J.T.R. & Zammit, S. (2016), Evidence of Common Genetic Overlap Between Schizophrenia and Cognition, *Schizophrenia Bulletin*, 42 (3), 832-842.
- Hubert, M., Hubert, M., Florack, A., Linzmayer, M. & Kening, P. (2013), Neural Correlates of Impulsive Buying Tendencies during Perception of Product Packaging, *Psychology & Marketing*, 30 (10), 861-873.
- Huguelet, Ph., Mohr, S., Boucherie, M., Ferrero, F. & Borrás, L. (2008), Patients with schizophrenia and their finances: what they earn and own, *Swiss Med Wkly*, 138 (9-10), 150.
- Jacobson, N., Greenley, D. (2001), What is recovery? a conceptual model and explication, *Psychiatr Serv*, 52 (4), 482-485.
- Jarema, M., Meder, J., Araszkiewicz, A. & Tyszkowska, M. (2008), Leki przeciwpyschotyczne w praktyce lekarza psychiatrii. Leczenie pierwszego epizodu schizofrenii, *Psychiatria Polska*, 42 (6), 841-858.
- Jodzio, K. (2011), *Diagnostyka neuropsychologiczna w praktyce klinicznej*, Warszawa: Difin.
- Joutsa, J., Johansson, J., Niemela, S., Ollikainen, A., Hirvonen, M.M., Piepponen, P., Arponen, E., Alho, H., Voon, V., Rinne, J., Hietela, J. & Kaasinen, V. (2012), Mesolimbic dopamine release is linked to symptom severity in pathological gambling, *Neuroimage*, 60 (4), 1992-1999.
- Juckel, G., Schlagenhauf, F., Koslowski, M., Filonov, D., Wüstenberg, T., Villringer, A., Knutson, B., Kienast, T., Gallinat, J., Wrase, J. & Heinz, A. (2006), Dysfunction of

- ventral striatal reward prediction in schizophrenic patients treated with typical, not atypical, neuroleptics, *Psychopharmacology*, 187, 222-228.
- Kaczmarek, B.L.J (2008), Zespoły czołowe. W: Ł. Domańska, A.R. Borkowska (red.) *Podstawy Neuropsychologii Klinicznej*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, 299-317.
- Kahneman, D. (2012), *Pułapki myślenia. o myśleniu szybkim i wolnym*, Poznań: Media Rodzina.
- Karakuła, H., Pelczarska-Jamroga, A., Dzikowski, M., Próchnicki, M. & Dzikowska, I. (2013), Czy schizofrenia zaczyna się w życiu płodowym? Dowody wspierające teorię neurorozwojową, *Zdrowie i Dobrostan*, 4, 111-120.
- Keefe, R.S.E., Harvey, P.D. (2012), Cognitive Impairment in Schizophrenia. W: M.A. Geyer, G Gross (red.), *Novel Antischizophrenia Treatments, Handbook of Experimental Pharmacology*, 213, 11-37.
- Kershaw, M.M., Webber, L.S. (2008), Assessment of Financial Competence, *Psychiatry Psychology and Law*, 15 (1), 40-55.
- Kępiński, A. (2012), *Schizofrenia*, Kraków: Wydawnictwo Literackie.
- Kidd, S., Velligan, D.I., Maples, N. (2017), *Supporting a family member with schizophrenia. Practical strategies for daily living*, <https://www.porticonetwork.ca/documents/1508629/0/Supporting+a+family+member+with+schizophrenia/2ca2d892-ca26-4870-98ec-0b239ca4723e> (dostęp z dnia 23.05.2018).
- Kiejna, A., Piotrowski, P., Adamowski, T. (2014), Schizofrenia. Perspektywa społeczna. Sytuacja w Polsce, http://www.watchdogpfron.pl/wp-content/uploads/2014/02/Raport_Schizofrenia2.pdf (dostęp z dnia: 21.05.2016) .
- Kirkpatrick, B. (2014), Recognizing primary vs secondary negative symptoms and apathy vs expression domains, *J Clin Psychiatry*, 75 (4), 3-7.
- Klasik, A., Krupka-Matuszczyk, I., Krysta, K. (2005), *Procesy poznawcze człowieka – norma a schizofrenia*, Warszawa: Agencja Reklamowo-Wydawnicza A. Grzegorzcyk.
- Kontaxaki, M.I., Kattoulas, E., Smyrnis, N., Stefanis, N.C. (2014), Cognitive impairments and psychopathological parameters in patients of the schizophrenic spectrum. *Psychiatrike*, 25, 27–38.
- Kowalik, S. (2008), Rehabilitacja osób chorych psychicznie. Propozycje działań dla psychologów klinicznych. W: J. Brzeziński, L. Cierpiałkowska (red.), *Zdrowie i choroba. Problemy teorii, diagnozy i praktyki*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Kowalska, D.M., Kuśmerek, P. (2012), Anatomiczne podstawy pamięci, W: T. Górską, A. Grabowska, J. Zagrodzka (red.), *Mózg a zachowanie*, Warszawa: PWN, 349-374.
- Krupa, T. (2004), Employment, Recovery and Schizophrenia: Integrating Health and Disorder at Work, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28 (1), 8-14.

- Kucharska-Pietura, K. (2008), *Zaburzenia procesów społecznego poznania w schizofrenii*, Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Kumari, V., Peters, E., Guinn, A., Fannon, D., Russell, T., Sumich, A., Kuipers, E., Williams, S.C.R. & Ffytche, D.H. (2016), Mapping Depression in Schizophrenia: a Functional Magnetic Resonance Imaging Study, *Schizophrenia Bulletin*, 42 (3), 802-813.
- Kurpas, D., Pochwała, Ł., Seń, M., Wróblewska, I. & Mroczek, B. (2014), Trudności społeczno-ekonomiczne pacjentów ze schizofrenią, *Family Medicine and Primary Care Review*, 16 (3), 248-251.
- Lawlor-Savage, L., Goghari, V.M. (2014), Working Memory Training in Schizophrenia and Healthy Populations, *Behav. Sci*, 4, 301-319.
- Lepage, M., Bodner, M., Bowie, Ch. (2014), Neurocognition: Clinical and Functional Outcomes in Schizophrenia, *CanJPsychiatry*, 59 (1), 5-12.
- Leeuw de, M., Kahn, R.S., Vink, M. (2015), Fronto-striatal Dysfunction During Reward Processing in Unaffected Siblings of Schizophrenia Patients, *Schizophrenia Bulletin*, 41 (1), 94-103.
- Liddle, P.F. (1987), The symptoms of chronic schizophrenia. a re-examination of the positive-negative dichotomy, *The British Journal of Psychiatry*, 151 (2), 145-151.
- Lim, A., Hoek, H.W., Deen, M.L., Blom, J.D., Bruggeman, R., Cahn, W., de Haan, L., Kahn, R.S., Meijer, C.J., Myin-Germeis, I., van Os, J. & Wiersma, D. (2016), Prevalence and classification of hallucinations in multiple sensory modalities in schizophrenia spectrum disorders, *Schizophrenia Research*, 176, 493-499.
- Lindberg, S., Lindström, A., Cederström, C., From, A. & Westerlind, Ch. (2013), Tue 5.1 Shoppers' Attention to Packaging and In-Store Media, <http://www.innventia.com/Documents/Rapporter/art1326.pdf>, (dostęp z dnia 21.05.2016).
- Liu, K.C.M., Chan, R.C.K., Chan, K.K.S., Tang, J.Y.M., Chiu, C.P.Y, Lam, M.M.L., Chan, S.K.W., Wong, G.H.Y, Hui, C.L.M. & Chen, E.Y.H. (2011), Executive function in first-episode schizophrenia: a three-year longitudinal study of an ecologically valid test, *Schizophrenia Research*, 126, 87-92.
- Lu, H., Chen, T., Wang, Y. (2014), The Impact of Memory Load on Customer Choice Behavior, *Open Journal of Social Sciences*, 2, 247-252.
- Lysaker, P.H., Hamm, J.A. (2015), Phenomenological models of delusions: concerns regarding the neglect of the role of emotional pain and intersubjectivity, *World Psychiatry*, 14, 2, 175-176.
- Mander, H., Kingdon, D. (2015), The evolution of cognitive-behavioral therapy for psychosis, *Psychology Research and Behavior Management*, 8, 63-69.
- Marczewski, Ph., Van der Linden, M., Larøi, F. (2001), Further investigation of the Supervisory Attentional System in schizophrenia: Planning, inhibition, and rule

- abstraction, *Cognitive Neuropsychiatry*, 6 (3), 175-192.
- Marder, S.R., Galderisi, S. (2017), The current conceptualization of negative symptoms in schizophrenia, *World Psychiatry*, 16 (1), 14-24.
- Marson, D.C., Savage, R., Phillips, J. (2006), Financial Capacity in Persons with Schizophrenia and Serious Mental Illness: Clinical and Research Ethic Aspects, *Schizophrenia Bulletin*, 32 (1), 81-91.
- Martin, G.N. (2001), *Neuropsychologia*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 179-212.
- Marwaha, S., Johnson, S. (2018), Schizophrenia and Employment – a review, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39 (5), 337-349.
- Masoumi, T., Shafaroodi, N., Razvan, Z. (2018), Participation of People With Schizophrenia in Everyday Life: Family's Perspective, *Iranian Rehabilitation Journal*, 16 (3), 297-306.
- Matilla, T., Koeter, M., Wohlfarth, T., Storosum, J., Brink van den, W., Haan de, L., Derks, E., Leufkens, H. & Denys, D. (2015), Impact of DSM-5 Changes on the Diagnosis and Acute Treatment of Schizophrenia, *Schizophrenia Bulletin*, (41), 3, 637-643.
- McCarthy-Jones, S., Longden, E. (2015), Auditory verbal hallucinations in schizophrenia and post-traumatic stress disorder: common phenomenology, common cause, common interventions?, *Frontiers in Psychology*, 6, 1-12.
- McClenon, S.J.L., McClenon, C., Beck, V.M., Hollingworth, A., Leonard, C.J., Hahn, B., Robinson, B.M. & Gold, J.M. (2014), Hyperfocusing in Schizophrenia: Evidence From Interactions Between Working Memory and Eye Movements, *Journal of Abnormal Psychology*, 123 (4), 783-795.
- McGrath, J., Saha, S., Chant, D. & Welham, J. (2008), The Epidemiology of Schizophrenia: a Concise Overview of Incidence, Prevalence, and Mortality, *Epidemiologic Reviews*, 30 (1), 67-76.
- McLaughlin, T., Blum, K., Steinberg, B., Modestino, E.J., Fried, L., Baron, D., Siwicki, D., Braverman, E.R. & Badgaiyan, R.D. (2017), Pro-dopamine regulator, KB220Z, attenuates hoarding and shopping behavior in a female, diagnosed with SUD and ADHD, *Journal of Behavioral Addictions*, 7 (1), 1-12.
- Mednick, S.A., Machon, R.A., Huttunen, M.O. & Bonnet, D. (1988), Adult schizophrenia following prenatal exposure to an influenza epidemic, *Archives of General Psychiatry*, 45 (2), 189-192.
- Mellin, J.M., Alagapan, S., Lustenberger, C., Lugo, C.E., Alexander, M.L., Gilmore, J.H., Jarskog, L.F. & Fröhlich, F. (2018), Randomized trial of transcranial alternating current stimulation for treatment of auditory hallucinations in schizophrenia, *European Psychiatry*, 51, 25-33.

- Milosavljevic, M., Navalpakkam, V., Koch, Ch. & Rangel, A. (2012), Relative visual saliency differences induce sizable bias in consumer choice, *Journal of Consumer Psychology*, 22, 67-74.
- Misiak, B., Stramecki, F., Gawęda, Ł., Prochwicz, K., Sąsiadek, M.M., Moustafa, A.A. & Frydecka, D. (2018), Interactions Between Variation in Candidate Genes and Environmental Factor in Etiology of Schizophrenia and Bipolar Disorder: a Systematic Review, *Mol Neurobiol*, 55, 5075-5100.
- Modinos, G., Costafreda, S.G., van Tol, M.-J., McGuire, P.K., Aleman, A. & Alen, P. (2013), Neuroanatomy of auditory verbal hallucinations in schizophrenia: a quantitative meta-analysis of voxel-based morphometry studies, *Cortex*, 49, 1046-1055.
- Mohamed, S., Paulsen, J.S., O'Leary, D., Arndt, S., Andreasen, N. (1999), Generalized cognitive deficits in schizophrenia: a study of first-episode patients, *Arch Gen Psychiatry*, 58 (8), 749-754.
- Morrens, M., Hulstijn, W., Sabbe, B. (2007), Psychomotor Slowing in Schizophrenia, *Schizophrenia Bulletin*, 33 (4), 1038-1053.
- Morrison, J. (2016), *DSM-5 bez tajemnic. Praktyczny przewodnik dla klinicystów*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Mosiołek, A. (2015), Schizofrenia jako choroba funkcjonowania poznawczego, *Psychiatria*, 12 (3), 128-136.
- Murawiec, S., Krzystoszek, B. (2010), Interpretation of the resolution of hallucinations in a patient with chronic schizophrenia – case report, *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 1, 47-53.
- Neill, J. (1990), Whatever Became of The Schizophrenogenic Mother?, *American Journal of Psychotherapy*, 44 (4), 499-505.
- Nenadic, I., Smesny, S., Schlosser R.G.M., Sauer, H. & Gaser, C. (2010), Auditory hallucinations and brain structure in schizophrenia: voxel-based morphometric study, *The British Journal of Psychiatry*, 196, 412-413.
- Nsiah, K., Shang, V.O., Boateng, K.A. & Mensah, F.O. (2015), Prevalence of metabolic syndrome in type 2 mellitus patients, *Int J Appl Basic Med Res.*, 5 (2), 133-138.
- Oh, J., Chun, J., Kim, J. (2013), Deficits in Abstract Thinking Assessed by Theme Identification in Patients with Schizophrenia, *Korean Journal of Schizophrenia Research*, 16 (1), 25-31.
- Okkels, N., Vernal, D.L., Jensen, S.O.W., McGrath, J.J. & Nielsen, R.E. (2013), Changes in the diagnosed incidence of early onset schizophrenia over four decades, *Acta Psychiatr Scand*, 127, 62-68.
- Okruszek, Ł., Rutkowska, A. (2013), Badanie kontroli wykonawczej za pomocą testu interferencji Stroopa u chorych na schizofrenię i osób z uszkodzeniami płatów czołowych, *Polskie Forum Psychologiczne*, 18 (2), 215-225.

- Oliveira, C.R., Pedron, A.C., Gonzálvez, Gurgel, L., Tozzi Repold, C., Paz Fonseca, R. (2012), Executive functions and sustained attention. Comparison between age groups of 19-39 and 40-59 years old, *Dement Neuropsychol*, 6 (1).
- Orellana, G., Slachevsky, a (2013), Executive Functioning in Schizophrenia, *Front Psychiatry*, 4, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3690455/>, dostęp z dnia: 06.10.2018.
- Pawężka, J., Karakuła, H., Grzywa, A. (2009a), Zaburzenia pamięci operacyjnej w schizofrenii – cz.1. Definicja i podłoże biologiczne, *Badania nad Schizofrenią*, 10, 46-51.
- Pawężka, J., Karakuła, H., Grzywa, A. (2009b), Zaburzenia pamięci operacyjnej w schizofrenii – cz.2. Powiązanie z innymi objawami psychopatologicznymi, *Badania nad Schizofrenią*, 10, 52-57.
- Pąchalska, M., Kaczmarek, B.L.J., Kropotov, J.D. (2014), *Neuropsychologia Kliniczna. Od teorii do praktyki*. Warszawa: PWN.
- Pedersen, A., Goder, R., Tomczyk, S. & Ohrmann, P.A. (2017), Risky decision-making under risk in schizophrenia: a deliberate choice?, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 56, 57-64
- Peleg-Raibstein, D., Yee, B.K., Feldon, J. & Hauser, J. (2018), The amphetamine sensitization model of schizophrenia: Relevance beyond psychotic symptoms?, *Psychopharmacology*, 206 (4), 603-621.
- Pepper, E., Cardno, A.G. (2014), Genetics of Schizophrenia and Other Psychotic Disorders, *Current Psychiatry Reviews*, 10 (2), 133-142.
- Perivoliotis, D., Cather, C. (2009), Cognitive Behavioral Therapy of Negative Symptoms, *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 65 (8), 815-830.
- Petersen, M.I., Posner, S.E. (2012), The Attention System of the Human Brain: 20 Years Later, *Annu Rev Neurosci*, 35, 73-89.
- Pielkova, J.A. (2013), Pomoc rodzinie w opiece nad chorym na schizofrenię, *Pedagogika Rodziny*, 3 (4), 27-36.
- Pomarol-Clotet, E., Canales-Rodriguez, E.J., Salvador, R., Sarró, S., Gomar, J.J., Vila, F., Ortiz-Gil, J., Iturria-Medina, Y., Capdevila, A. & McKenna, P.J. (2010), Medial prefrontal cortex pathology in schizophrenia as revealed by convergent findings from multimodal imaging, *Molecular Psychiatry*, 15, 823-830.
- Popiel, A., Pragłowska, E. (2008), *Psychoterapia poznawczo-behawioralna. Teoria i praktyka*, Warszawa: Wydawnictwo Paradygmat.
- Posner, S.E., Petersen, M.I. (1990), The attention system of the human brain, *Annu Rev Neurosci*, 13, 25-42.
- Pradeep, A.K. (2011), *Mózg na zakupach. Neuromarketing w sprzedaży*, Gliwice: Wydawnictwo Helion.
- Prakash, J., Mitra, A.K. (2008), Management of Negative Symptoms in Schizophrenia:

- Looking Positively, *Delhi Psychiatry Journal*, 11 (1), 32-38.
- Pratt, S.I., Mueser, K.T., Smith, T.E. & Lu, W. (2005), Self-efficacy and psychosocial functioning in schizophrenia: a mediation analysis, *Schizophr Res*, 78 (2-3), 187-197.
- Prochaska-Cue, K. (1993), An Exploratory Study for a Model of Personal Financial Management Style, *Financial Counseling and Planning*, 4, 111-134.
- Pruessner, M., Cullen, A.E., Aas, M. & Walker, E.F (2017), The neural diathesis-stress model of schizophrenia revisited: An update on recent findings considering illness stage and neurobiological and methodological complexities, *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 73, 191-218.
- Puig, O., Penadés, R., Baeza, I., Sánchez-Gistau, V., De la Serna, E., Fonrodona, L., Andrés-Pepiñá, S., Bernardo, M. & Castro-Fornieles, J. (2012), Processing speed and executive functions predict real-world everyday living skills in adolescents with early-onset schizophrenia, *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 21, 315-326.
- Radanovic, M., de Sousa, R.T., Valiengo L.L., Gattaz, F.W. & Forlenza, O.V. (2013), Formal Thought Disorder and language impairment in schizophrenia, *Arq Neuropsiquiatr*, 71, 1, 55-60.
- Rajewska-Rager, A., Rajewski, A. (2010), Schizofrenia u dzieci i młodzieży – biologiczne uwarunkowania diagnozy i leczenia, *Psychiatria*, 7 (4), 161-167.
- Rajtar-Zembaty, A.M., Starowicz-Filip, A., Bober-Płonka, B., Przewoźnik, D.A. & Nowak, R. (2015), Analiza wykonania Test łączenia punktów przez osoby po udarze mózgu o różnej lokalizacji ognisk uszkodzenia, *Neuropsychiatria i Neuropsychologia*, 10 (1), 5-10.
- Ratcliff, K., Farhall, J., Shawyer, F. (2010), Auditory Hallucinations: a Review of Assessment Tools, *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 18 (6), 524-534.
- Rector, N.A., Beck, A.T., Stolar, N. (2005), The Negative Symptoms of Schizophrenia: a Cognitive Perspective, *Can J Psychiatry*, 50 (5), 247-257.
- Reynolds, G.P. (2008), The neurochemistry of Schizophrenia, *Psychiatry*, 4 (10), 425-429.
- Robol, V., Tibber, M.S., Anderson, E.J., Bobin, T., Carlin, P., Shergill, S.S. & Dakin, S.C. (2013), Reduced Crowding and Poor Contour Detection in Schizophrenia Are Consistent with Weak Surround Inhibition, *Plos One*, 8 (4), 1-11.
- Roever, L., Resende, E.S., Dourado, P.M.M., Casella-Filho, A., Borges, A.S.R., Diniz, A.L.D., Chagas, A.C.P., Penha-Silva, N. & Veloso, F.C. (2017), Major risk factors for atherosclerosis and metabolic syndrome: The UHS, *Interventional Cardiology*, 9 (5), 199-203.
- Rostowski, J. (2012), *Rozwój mózgu człowieka w cyklu życia. Aspekty bioneuropsychologiczne*, Warszawa: Difin, s. 91-97.
- Rottenstreich, Y., Sood, S., Brenner, L. (2007), Feeling and Thinking in Memory-Based versus Stimulus-Based Choices, *Journal of Consumer Research*, 33, 461-469.
- Rubeša, G., Gudelj, L., Kubinska, N. (2011), Etiology of schizophrenia and therapeutic

- options, *Psychiatria Danubina*, 23 (3), 308-315.
- Rund, B.R. (2018), The research evidence of schizophrenia as a neurodevelopmental disorder, *Scandinavian Journal of Psychology*, 59, 49-58.
- Rus-Calafell, M., Gutierrez-Maldonado, J., Ribas-Sabate, J. & Lemos-Giraldez, S. (2014), Social skills training for people with schizophrenia: what do we train?, *Behavioral Psychology*, 22 (3), 461-477.
- Sadowski, B. (2012), *Biologiczne mechanizmy zachowania się ludzi i zwierząt*, Warszawa: PWN.
- Sakai, H., Nagano, A., Seki, K., Luo, Z., Kojima, M. & Okahashi, S. (2017), Development of a cognitive function test using virtual reality technology: examination in healthy participants, *Aging Neuropsychology and Cognition*, 25 (4), 1-15.
- Salavati, B., Rajji, T.K., Price, R., Sun, Y., Graff-Guerrero, A. & Daskalakis, Z.J. (2015), Imaging-Based Neurochemistry in Schizophrenia: a Systematic Review and Implications for Dysfunctional Long-Term Potentiation, *Schizophrenia Bulletin*, 41 (1), 44-56.
- Samrat, S.B., Alemsungla, A., Pradeep, K. (2013), Neurocognitive and social cognitive deficits in schizophrenia, *Dysphrenia*, 4, 106-112.
- Sapolsky, R.M. (2010), *Dlaczego zebry nie mają wrzodów? Psychofizjologia stresu*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Sarkar, S., Hillner, K., Velligan I, D. (2015), Conceptualization and treatment of negative symptoms in schizophrenia, *World J Psychiatry*, 5 (4), 352-361.
- Sass, L., Byrom, G. (2015), Phenomenological and neurocognitive perspectives on delusions: a critical overview, *World Psychiatry*, 14, 2, 164-173.
- Savill, M., Banks, C., Khanom, H. & Priebe, S. (2014), Do negative symptoms of schizophrenia change over time? a meta-analysis of longitudinal data, *Psychological Medicine*, doi:10.1017/S0033291714002712
- Schlagenhauf, F., Juckel, G., Koslowski, M., Kahnt, T., Knutson, B., Dembler, T., Kienast, T., Gallinat, J., Wrase, J. & Heinz, A. (2007), Reward system activation in schizophrenic patients switched from typical neuroleptics to olanzapine, *Psychopharmacology*, 196 (4), 673-684.
- Schöttle, D., Schimmelmann, B.G., Rupelt, F., Bussopulos, A., Frieling, M., Nika, E., Nawara, L.A., Golks, D., Kerstan, A., Lange, M., Schödlbauer, M., Daubmann, A., Wegscheider, K., Rohenkohl, A., Sarikaya, G., Sengutta, M., Luedecke, D. Wittmann, L., Ohm, G., Meigel-Schleiff, C., Gallinat, J., Wiedemann, K., Bock, T., Karow, A. & Lambert, M. (2018), Effectiveness of integrated care including therapeutic assertive community treatment in severe schizophrenia-spectrum and bipolar i disorders: Four-

- year follow-up of the ACCESS II study, *Plos ONE*, 13 (2), <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192929>
- Scully, P.J., Coakley, G., Kinsella, A. & Waddington, J.L. (1997), Psychopathology, executive (frontal) and general cognitive impairment in relation to duration of initially untreated versus subsequently treated psychosis in chronic schizophrenia, *Psychol Med*, 27 (6), 1303-1310.
- Seeman, P., Hong-Chang, G., Van Tol, H.H.M (1993), Dopamine D4 receptors elevated in schizophrenia, *Nature*, 365, 441-445.
- Seeman, P., Seeman, P.V. (2011), Schizophrenia and the supersensitive synapse, *Neuropsychiatry*, 1 (3), 233-242.
- Seligman, M.E.P., Walker, E.F., Rosenhan, D.L. (2003), *Psychopatologia*, Poznań: Zysk i S-ka.
- Sensky, T., Turkington, D., Kingdom, D., Scott, J. L., Scott, J., Siddle, R., et al. (2000). a randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy for persistent symptoms in schizophrenia resistant to medication. *Archives of General Psychiatry*, 57, 165-172
- Shah, A.M., Maglio, S., Wilson, A. (2016), Keep Your Money Close: Psychological Distance Influences the Perceived Value of Money, *Advances in Consumer Research*, 44, 93-97.
- Sikora, T., Górnik-Durose, M. (2013), o mentalności współczesnego człowieka, jej źródłach i przejawach. W: M. Górnik-Durose (red.), *Kultura współczesna a zdrowie*, Sopot: GWP.
- Skangiel-Kramska, J. (2012), Neuroprzekązniki i ich receptory. W: T. Górńska, A. Grabowska, J. Zagrodzka (red.), *Mózg a zachowanie*, Warszawa: PWN, 25-44.
- Skorupska-Król, A., Oskędra, I. (2014), Predyktory społecznego funkcjonowania w schizofrenii, *Psychiatria*, 11 (4), 228-232.
- Smid, H., Martens, S., de Witte, M. & Bruggeman, R. (2013), Inflexible Minds: Impaired Attention Switching in Recent-Onset Schizophrenia, *Plos One*, 8 (10), 1-13.
- Smucny, J., Rojas, D.C., Eichman, L.C. & Tregellas, J.R. (2013), Neural Effects of Auditory Distraction on Visual Attention in Schizophrenia, *Plos One*, 8 (4), 1-9.
- Sommer, I.E.C., Kahn, R.S. (2015), The Contribution of Neuroimaging to Understanding Schizophrenia; Past, Present, and Future, *Schizophrenia Bulletin*, 41 (1), 1-3.
- Sommer, I.E.C., Koops, S., Blom, J.D. (2012), Comparison of auditory hallucinations across different disorders and syndromes, *Neuropsychiatry*, 2 (1), 57-68.
- Soros, G. (2013), Fallibility, reflexivity, and the human uncertainty principle, *Journal of Economic Methodology*, 20 (4), 309-329.
- Stahl, S.M. (2010), *Podstawy psychofarmakologii. Teoria i praktyka. Tom 4*, Gdańsk: Via Medica.
- Susser, E., Neugebauer, R., Hoek, H.W., Brown, A.S., Lin, S., Labovitz, D., Gorman, J.M.

- (1996), Schizophrenia after prenatal famine. Further evidence, *Arch Gen Psychiatry*, 53 (1), 25-31.
- Talarowska, M., Florkowski, A., Orzechowska, A., Wysokiński, A. & Zboralski, A. (2008), Funkcjonowanie poznawcze chorych na cukrzycę typu 1 i 2, *Diabetologia Praktyczna*, 9 (5), 201-208.
- Talarowska, M., Zboralski, K., Mossakowska-Wójcik, J. & Gałęcki, P. (2012), Wykonanie Testu Łączenia Punktów przez osoby z depresją i organicznymi zaburzeniami depresyjnymi, *Psychiatria Polska*, 46 (2), 273-282.
- Tandon, R. (2013), Schizophrenia and other Psychotic Disorders in DSM-5: Clinical Implications of Revision from DSM-IV, *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*, 4, 16-19.
- Tandon, R., Gaebel, W., Barch, D.M., Bustillo, J., Gur, R.E., Heckers, S., Malaspina, D., Owen, M.J., Schultz, S., Tsuang, M., Van Os, J. & Carpenter, W. (2013), Definition and description of schizophrenia in DSM-5, *Schizophrenia Research*, 150, 3-10.
- Tandon, R., Heckers, S., Bustillo, J., Brach, D.M., Gaebel, W., Gur, R.E., Malaspina, D., Owen, M.J., Schultz, S., Tsuang, M., van Os, J. & Carpenter, W. (2013), Catatonia in DSM-5, *Schizophrenia Research*, 150, 26-30.
- Tang, Y., Li, Y., Zhuo, K., Wang, Y., Liao, L., Song, Z., Li, H., Fan, X., Goff, D.C., Wang, J., Xu, Y. & Liu, D. (2015), Neural Correlates of the Preserved Inhibition of Return in Schizophrenia, *Plos One*, 10 (4), 1-12.
- Taylor, M.A., Shorter, E., Vaidya, N.A. & Fink, M. (2011), The failure of the schizophrenia concept and the argument for its replacement by hebephrenia: applying the medical model for disease recognition, *Acta Psychiatr Scand*, 122, 173-183.
- Telichowska-Leśna, A. (2007), Zastosowanie i skuteczność terapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu schizofrenii, *Psychiatria*, 4 (2), 60-68.
- Tripathi, A., Kar, S.K., Shukla, R. (2018), Cognitive Deficits in Schizophrenia: Understanding the Biological Correlates and Remediation Strategies, *Clin Psychopharmacol Neurosci.*, 16 (1), 7-17.
- Twamley, E.W., Narvaez, J.M., Becker, D.R., Bartels, S.J. & Jeste, D.V. (2008), Supported Employment for Middle-Aged and Older People with Schizophrenia, *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 11, 76-89.
- Tyszkowska, M., Jarema, M. (2014), Między zdrowiem a schizofrenią, *Psychiatria Polska*, 47 (4), 587-597.
- Vancampfort, D., De Hert, M., Knapen, J., Maurisen, K., Raepsaet, J., Deckx, S., Remans, S. & Probst, M. (2011), Effects of progressive muscle relaxation on state anxiety and subjective well-being in people with schizophrenia: a randomized controlled trial, *Clinical Rehabilitation*, 25 (6), 567-575.
- Vita, A., Barlati, S. (2018), Recovery from schizophrenia: Is it possible?, *Current Opinion in Psychiatry*, 31 (3), 1-10.

- Voit, S. (2001), Intervention options: Participation in work activities for people with schizophrenia, *Work*, 16, 139-151.
- Waghorn, G.R., Chant, D.C., King, R. (2007), Work-Related Subjective Experiences, Work-Related Self-Efficacy, and Career Learning Among People with Psychiatric Disabilities, *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 10, 275-300.
- Walker, E.F., Diforio, D. (1997), Schizophrenia: a neural diathesis-stress model, *Psychol Rev.*, 104 (4), 667-685.
- Walsh, K., Darby, D. (2008), *Neuropsychologia kliniczna Walsha*, Gdańsk: GWP.
- Wang, C.S., Wu, J.Y.W., Chang, W. & Chuang, S. (2013), Cognitive functioning correlates of self-esteem and health locus of control in schizophrenia, *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 9, 1647-1654.
- Wąsowicz-Kiryło, G. (2013), *Postawy wobec pieniędzy. Pomiar – struktura – determinanty*, Warszawa: Difin.
- Webley, P., Burgoyne, C.B., Lea, S.E.G. & Young, B.M. (2001), *The Economic Psychology of Everyday Life*, Hove: Psychology Press.
- Wojtyna, E., Stawiarska, P. (2013), o współczesnym rozumieniu zdrowia. W: M. Górnik-Durose (red.), *Kultura współczesna a zdrowie*, Sopot: GWP.
- Wojtyna, E., Wiszniewicz, A. (2013). The characteristics of nicotine addiction among patients with schizophrenia. W: R. Woolfolk i L. Allen (red.), *Mental disorders - theoretical and empirical perspectives*, Rijeka: InTech, 289-307.
- Wysokiński, A. (2016), Udział stresu w etiopatogenezie i przebiegu schizofrenii, *Psychiatr Psychol Klin*, 16 (3), 176-181.
- Yalınçeti, B., Akgül, O., Alptekin, K. (2016), Assessing thoughts disorder in patients with schizophrenia, *Psychiatria*, 13, 4, 194-197.
- Yang, A.C., Tsai, S.J. (2017), New Targets for Schizophrenia Treatment beyond the Dopamine Hypothesis, *Int. J. Mol. Sci.*, 18 (8), 1689; <https://doi.org/10.3390/ijms18081689> (dostęp z dnia: 20.06.2018).
- Yang, Y.C. (2016), Cultural Influence on Consumers' Product Evaluation, *Journal of Economics, Business and Management*, 4 (5), 347-352.
- Zadęcki, J. (2015), *Ja we wczesnej schizofrenii*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Zagrodzka, J. (2012), Neurofizjologiczne mechanizmy zachowania emocjonalnego. W: T. Górski, A. Grabowska, J. Zagrodzka (red.), *Mózg a zachowanie*, Warszawa: PWN, 396-416.
- Zalewski, G. (2001), *Kontrowersje wokół schizofrenii. Świadomość zdrowych i chorych*,

Białystok: Wydawnictwo Uniwersyteckie Trans Humana.

Załużska, M. (2015), *Opieka zdrowotna i wsparcie społeczne dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Informator dla chorujących, ich rodzin i przyjaciół*, Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich.

Zubin, J., Spring, B. (1977), Vulnerability: a new view of schizophrenia, *Journal of Abnormal Psychology*, 86 (2), 103-126.

Spis tabel, wykresów i rycin

s. 13	Rycina 1	<i>Model rozwoju schizofrenii wg Andreasen</i>
s. 18	Tabela 1	<i>Zespoły zaburzeń kory przedczołowej i podobne do nich zespoły objawów schizofrenii wg Liddle'a</i>
s. 22	Rycina 2	<i>Model pamięci operacyjnej Baddeleya</i>
s. 28	Rycina 3	<i>Uproszczony schemat przedstawiający działanie "oddolnego" i "odgórnego" układu nagrody</i>
s. 36	Tabela 2	<i>Wskaźniki w dychotomicznym ujmowaniu podejmowania decyzji konsumenckich</i>
s. 52	Rycina 4	<i>Model zależności między zmiennymi</i>
s. 60	Tabela 3	<i>Zmienne, wskaźniki oraz narzędzia pomiarowe</i>
s. 65	Rycina 5	<i>Narzędzie "Sklep" z punktu widzenia respondenta</i>
s. 69	Tabela 4	<i>Zmienne socjodemograficzne</i>
s. 71	Tabela 5	<i>Stosowanie narkotyków i dopalaczy w przeszłości wśród osób chorujących na schizofrenię i w grupie kontrolnej</i>
s. 72	Tabela 6	<i>Sytuacja materialna gospodarstwa domowego w grupie osób chorujących na schizofrenię oraz w grupie kontrolnej</i>
s. 74	Tabela 7	<i>Nasilenie występowania objawów schizofrenii w grupie osób chorujących na schizofrenię – wyniki CRDP</i>
s. 75	Tabela 8	<i>Wykonanie zadania "powtarzanie cyfr wprost i wspak" wśród osób chorujących na schizofrenię i w grupie kontrolnej</i>
s. 76	Tabela 9	<i>Wykonanie Testu Łączenia Punktów (TMT) wśród osób chorujących na schizofrenię i w grupie kontrolnej</i>
s. 77	Tabela 10	<i>Wykonanie Testu Uwagi d2 wśród osób chorujących na schizofrenię i w grupie kontrolnej</i>
s. 78	Tabela 11	<i>Samodzielność dokonywanych zakupów dla gospodarstwa domowego wśród osób chorujących na schizofrenię i w grupie kontrolnej</i>
s. 79	Tabela 12	<i>Częstotliwość robienia zakupów wśród osób chorujących na schizofrenię i w grupie kontrolnej</i>
s. 80	Tabela 13	<i>Stopień trudności zakupów wśród osób chorujących na schizofrenię i w grupie kontrolnej</i>
s. 80	Tabela 14	<i>Kwoty (PLN/miesiąc) przeznaczane przez osoby chorujące na schizofrenię i przez grupę kontrolną w różnych sferach codziennego życia</i>
s. 82	Tabela 15	<i>Liczba poprawnie oszacowanych cen produktów wśród osób chorujących na schizofrenię i w grupie kontrolnej</i>
s. 83	Tabela 16	<i>Liczba poprawnie wykonanych zadań związanych ze sprawnością rachunkową</i>
s. 84	Tabela 17	<i>Wyniki wykonania Kwestionariusza Postaw wobec Zachowań Finansowych przez osoby chorujące na schizofrenię i przez</i>

s. 85	Tabela 18	<i>grupę kontrolną</i> <i>Wyniki wykonania Kwestionariusza Charakterystyk Funkcjonowania Finansowego przez osoby chorujące na schizofrenię i przez grupę kontrolną</i>
s. 86	Tabela 19	<i>Klasyfikacja odpowiedzi na pytanie „Jakie zakupy są najistotniejsze, by w domu było wszystko to, co najbardziej potrzebne?” w obydwu grupach badawczych</i>
s. 87	Tabela 20	<i>Opis samodzielnego wykonywania zakupów wśród osób chorujących na schizofrenię i w grupie kontrolnej</i>
s. 88	Tabela 21	<i>Rozkład procentowy wyboru kategorii produktów w grupie chorujących na schizofrenię i w grupie kontrolnej</i>
s. 89	Tabela 22	<i>Procentowy rozkład częstości wyboru produktów „tanich”, „średnich” i „drogich” wśród osób chorujących na schizofrenię i w grupie kontrolnej – zakupy samodzielne</i>
s. 89	Tabela 23	<i>Częstość wyboru produktów „tanich”, „średnich” i „drogich” wśród osób chorujących na schizofrenię i w grupie kontrolnej – zakupy z listą</i>
s. 90	Tabela 24	<i>Uśredniona kolejność wybierania produktów wśród osób chorujących na schizofrenię i w grupie kontrolnej</i>
s. 91	Tabela 25	<i>Opis wykonywania zakupów z listą wśród osób chorujących na schizofrenię i w grupie kontrolnej</i>
s. 92	Tabela 26	<i>Liczba wybranych artykułów w ramach robienia zakupów z listą - w grupie osób chorujących na schizofrenię i w grupie kontrolnej</i>
s. 93	Tabela 27	<i>Uśredniona kolejność wybierania produktów z listy artykułów wśród osób chorujących na schizofrenię</i>
s. 94	Tabela 28	<i>Uśredniona kolejność wybierania produktów z listy artykułów w grupie kontrolnej</i>
s. 95	Tabela 29	<i>Kwoty wydane i szacowane przy robieniu zakupów samodzielnych i z użyciem listy artykułów – osoby chorujące na schizofrenię i grupa kontrolna</i>
s. 99	Tabela 30	<i>Porównanie deklaracji odnośnie produktów, które uznawane są za istotne dla potrzeb gospodarstwa domowego z produktami kupowanymi – wśród osób chorujących na schizofrenię i w grupie kontrolnej</i>
s. 100	Rycina 6	<i>Kolejność wybierania produktów podczas samodzielnych zakupów dla poszczególnych „pólek” – osoby chorujące na schizofrenię i grupa kontrolna</i>
s. 104	Tabela 31	<i>Różnice międzygrupowe w zakresie postaw wobec różnych zachowań finansowych</i>
s. 106	Tabela 32	<i>Objawy schizofrenii a wyniki w testach funkcjonowania poznawczego – korelacja Spearmana</i>
s. 108	Tabela 33	<i>Kwoty wydawane na różne potrzeby a wyniki w testach funkcjonowania poznawczego – korelacja Spearmana</i>
s. 109	Tabela 34	<i>Wyniki zadań sprawdzających kompetencje finansowe a wyniki</i>

		<i>w testach funkcjonowania poznawczego – korelacja Spearmana</i>
s. 109	Tabela 35	<i>Wyniki skal Kwestionariusza Postaw wobec Zachowań Finansowych a wyniki w testach funkcjonowania poznawczego – korelacja Spearmana</i>
s. 112	Tabela 36	<i>Kwoty wydawane na różne potrzeby i częstotliwość robienia zakupów a występowanie objawów schizofrenii – korelacja Spearmana</i>
s. 113	Tabela 37	<i>Postawy wobec zachowań finansowych a występowanie objawów schizofrenii – korelacja Spearmana</i>
s. 114	Tabela 38	<i>Charakterystyki funkcjonowania finansowego a występowanie objawów schizofrenii – korelacja Spearmana</i>
s. 116	Tabela 39	<i>Zachowania zakupowe a dochody – w grupie osób chorujących na schizofrenię</i>
s. 117	Tabela 40	<i>Zachowania zakupowe a sytuacja rodzinna – w grupie osób chorujących na schizofrenię</i>

Objaśnienie skrótów

BDNF – neurotroficzny czynnik pochodzenia mózgowego
CBT – psychoterapia poznawczo-behawioralna
CFF – charakterystyki funkcjonowania finansowego
COMT – katecholo-O-metylotransferaza
CRDP – skala oceny ilościowej nasilenia objawów psychozy dla klinicystów
DMN – sieć trybu domyślnego
DSM – 5 – Kryteria Diagnostyczne Zaburzeń Psychicznych, Wydanie Piąte
FKBP5 – FKBP izomeraza prolilowa 5
fMRI – funkcjonalny rezonans magnetyczny
GABA – kwas γ -aminomasłowy
GOPS – gminny ośrodek pomocy społecznej
LSD – dietyloamid kwasu D-lizergowego
LTM – pamięć długotrwała
LTP – długotrwałe wzmocnienia synaptyczne
MOPS – miejski ośrodek pomocy społecznej
NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia
ODP – oddział dzienny psychiatryczny
OPS – ośrodek pomocy społecznej
OZ – oddział zamknięty psychiatryczny
PTSD – zespół stresu pourazowego
PZF – Kwestionariusz Postaw wobec Zachowań Finansowych
tACS – przezzaszkowa stymulacja prądem przemiennym
TMT – Test Łączenia Punktów
VTA – brzuszne pole nakrywki
WZW-B – zapalenie wątroby typu B
WZW-C – zapalenie wątroby typu C
ZLŚ – zespół leczenia środowiskowego
ZOL – zakład opiekuńczo-leczniczy
ZPCh – zakład pracy chronionej

Streszczenie

Schizofrenia to ciężka choroba psychiczna dotykająca 1% populacji. Charakteryzuje się symptomami w postaci halucynacji, urojeń, objawów negatywnych, zdezorganizowanie zachowania i myślenia. U jej podłoża leżą zmiany w zakresie budowy struktur mózgowia oraz neuroprzeżywalności, co wiąże się z dysfunkcjami kognitywnymi. Czynniki te znacznie ograniczają funkcjonowanie społeczne i zawodowe osób na nią cierpiących. Niemniej jednak dotychczas w literaturze nie skupiano się na istotnym temacie związanym z funkcjonowaniem w sferze ekonomicznej chorujących na schizofrenię.

Badaniem objęto 31 pacjentów chorujących na schizofrenię oraz grupę kontrolną, złożoną z 30 klientów ośrodków pomocy społecznej, którzy nie chorowali psychicznie, a dochody ich gospodarstw domowych były zbliżone do dochodów osób chorujących.

Respondentów objęto badaniami podzielonymi na etapy z uwagi na stosowanie licznych narzędzi badawczych. Użyto wywiadu ustrukturalizowanego dotyczącego funkcjonowania ekonomicznego, sytuacji materialnej i rodzinnej. Zastosowano Kwestionariusz Charakterystyk Funkcjonowania Finansowego a także Kwestionariusz Postaw wobec Zachowań Finansowych Grażyny Wąsowicz-Kiryło. Użyto narzędzia służącego ocenie funkcjonowania poznawczego. Skonstruowano również własną metodę badawczą („Sklep”), która pozwoliła na symulację dokonywania zakupów. Ponadto oceniono kompetencje finansowe respondentów, a także nasilenie występowania objawów schizofrenii przy użyciu Clinician-Rated Dimensions of Psychosis.

Uzyskane wyniki wskazywały na złą sytuację materialną osób chorujących, którzy często pozostawali w zależności od swoich najbliższych. Zwykle utrzymywały się z rent i zasiłków, bardzo rzadko podejmując pracę zawodową. Cechowali się małą samodzielnością, słabą wiedzą na temat potrzeb gospodarstwa domowego. Przejawiali trudności w ramach planowania codziennych zakupów i ich wykonywania. Postrzegali siebie jako niepotrafiących odraczać natychmiastowej gratyfikacji, niemniej jednak obserwacja ich faktycznych zachowań tego nie potwierdziła. Przy robieniu zakupów zauważalna była ich skłonność do wybierania małej liczby produktów, które zwykle były stosunkowo drogie. Chorujący charakteryzowali się małą wiedzą na temat cen artykułów. Ponadto wśród pacjentów ze schizofrenią widoczne były trudności z rozwiązywaniem prostych zadań finansowych. Wśród charakterystyk funkcjonowania finansowego

dominowała u nich finansowa perspektywa temporalna ukierunkowana na teraźniejszość i słaba refleksyjność podejmowania decyzji finansowych.

Uzyskane w badaniu wyniki pozwoliły na wysunięcie istotnych wniosków o charakterze praktycznym i aplikacyjnym. Na ich podstawie sformułowano wytyczne do ewentualnych oddziaływań w kierunku poprawy funkcjonowania ekonomicznego pacjentów chorujących na schizofrenię, które mogą być podejmowane w ramach pracy zespołu leczenia środowiskowego.

Summary

Schizophrenia is a serious mental illness affecting 1% of the population. It is characterized by symptoms: hallucinations, delusions, negative symptoms, disorganized behavior and thinking. It is connected with changes in the brain structures and neurotransmission, which is associated with cognitive dysfunctions. These factors significantly limit the social and professional functioning of people suffering from it. Nevertheless, so far, literature has not focused on an important topic related to the functioning of schizophrenic patients in the economic sphere.

The study included 31 patients suffering from schizophrenia and a control group consisting of 30 clients of social welfare centers who were not mentally ill, and their household incomes were close to those with schizophrenia.

The study was divided into stages due to application of numerous research tools. Information about economic functioning, material and family situation was collected. The Financial Operational Characteristics Questionnaire was used as well as the Questionnaire of Attitudes to Financial Behavior by Grażyna Wąsowicz-Kiryło. The tools used to assess cognitive functioning were also applied. The research method ("Shop") was constructed by the author, it allowed simulation of shopping. In addition, the financial competence of the respondents was assessed, as well as the severity of the symptoms of schizophrenia using Clinican-Rated Dimensions of Psychosis.

The obtained results point to the poor financial situation of people with schizophrenia, who often remained dependent on their relatives. Usually, they received pensions and benefits, they rarely took up a job. They were characterized by low independence, poor knowledge about the needs of the household. They showed difficulties in planning their daily purchases and their performance. They perceived themselves as unable to postpone immediate gratification, but nevertheless the observation of their actual behavior did not confirm that. When shopping their tendency to choose a small number of products was noticed, but the products were usually relatively expensive. Patients had relatively poor knowledge of the prices of articles. In addition, there were some difficulties in solving simple financial problems among patients with schizophrenia. Among the characteristics of financial functioning dominated: financial temporal perspective focused on the present and poor reflexivity of making financial decisions.

The results obtained in the study allowed to draw important practical and application conclusions. Based on them, guidelines were formulated for possible interactions to improve the economic functioning of patients suffering from schizophrenia, which may be undertaken as part of the work of the environmental treatment team.

Aneks

Załącznik 1. Arkusz odpowiedzi dla osób chorujących na schizofrenię.

NR BADANEGO:

DATA:

DANE DEMOGRAFICZNE		
Płeć:	Wiek:	Wykształcenie:

ZDROWIE PSYCHICZNE i SOMATYCZNE		
Zachorowanie - wiek:	Pocz. leczenia - wiek:	Leczenie w ZLŚ: lat
Licz. hospitalizacji:	Licz. pobyków w DOP:	
Obecnie stosowane leki:		
Urazy głowy:		
Choroby neurologiczne:		
Choroby przewlekłe:		
Stosowanie środków psychoaktywnych:		
alkohol:		
papierosy:		
narkotyki:		

SYTUACJA MATERIALNA GOSPODARSTWA DOMOWEGO		
Renta (ile lat?):	Wysokość renty:	Zasiłek (ile lat?):
Wysokość zasiłku:	Kiedy ost. komisja ZUS:	Kiedy kolejna kom. ZUS:
Praca zarobkowa kiedyś: T/NPraca zarobkowa teraz: T/N	Lata pracy w sumie:	
Praca zarobkowa obecnie (jaka?):		Dochody uzyskiwane z pracy:
Proszę określić, w jakim stopniu obawia się Pan(i) komisji w ZUS, jak bardzo boi się, Pan(i) stawać przed komisją orzekającą o przyznaniu renty? 0 oznacza, że w ogóle się Pan(i) jej nie boi, 10 - że jest to maksymalny lęk, jaki można sobie wyobrazić.		
ODP.:		
Liczba dorosłych w domu:	Liczba dzieci w domu:	Liczba os. z rentą:
Liczba osób z zasiłkiem:	Liczba os. z emerytura:	
Inne źródła dochodów rodziny:		
Całkowity dochód rodziny na miesiąc:		

ZAKRES AKTYWNOŚĆ EKONOMICZNEJ

Kto u Pani/Pana w domu robi zakupy?

- a) ja b) ja i jeszcze jedna osoba c) ja i co najmniej dwie osoby
d) ktoś inny – jedna osoba e) ktoś inny – więcej niż jedna osoba

Jak często Pani/Pan robi zakupy? Jakie są to zakupy?

Ile pieniędzy wydaje Pan(i) miesięcznie na utrzymanie domu, to znaczy:

- a) na czynsz i media: zł.
b) na zakupy dla siebie i domowników: zł.
c) na zakupy tylko dla siebie: zł.

Czy robienie codziennych zakupów jest dla Pani/Pana trudnością?

- a) Nie, nie mam problemów z robieniem zakupów b) Bardzo rzadko są dla mnie trudne
c) Czasami mam z nimi trudności d) Bardzo często mam trudności z zakupami
e) Zakupy są dla mnie niemożliwe do wykonania

Czy ktoś pomaga, wspiera Panią/Pana w robieniu zakupów? Jeśli tak, to kto i na czym polega ta pomoc?

Kto w Pani/Pana domu płaci rachunki? Czyje pieniądze są wydawane na opłacenie rachunków?

Ile pieniędzy miesięcznie jest wydawane na rachunki, to znaczy czynsz i media (w razie potrzeby wyjaśnić, czym są media)?

Jak Pan(i) myśli – jakie zakupy są najistotniejsze, by w domu było wszystko to, co najbardziej potrzebne?

CHARAKTERYSTYKI FUNKCJONOWANIA FINANSOWEGO

Przeczytam Pani/Panu pewne zdania dotyczące zachowań i zwyczajów związanych z pieniędzmi. Proszę ocenić, w jakim stopniu konkretne stwierdzenie do Pani/Pana pasuje.

- stwierdzenie w **ogóle** do Pani/Pana nie pasuje – 0
stwierdzenie **bardzo słabo** do Pani/Pana pasuje – 1
stwierdzenie **słabo** do Pani/Pana pasuje – 2
stwierdzenie **średnio** do Pani/Pana pasuje – 3
stwierdzenie **mocno** do mnie pasuje – 4
stwierdzenie **bardzo mocno** do mnie pasuje – 5

Żeby było Pani/Panu łatwiej, proszę wziąć tę kartkę, gdzie wypisane są oceny,

które przed chwilą przeczytałem (wręczamy kartkę z powyższymi ocenami).

Nie ma tu odpowiedzi dobrych, ani złych - ważne, żeby odpowiadał(a) Pan(i) zgodnie ze swoimi przekonaniem.

POSTAWY WOBEC PODEJMOWANIA RYZYKA FINANSOWEGO; SUMA w SKALI:

Moim zdaniem w sprawach finansowych należy unikać ryzyka:

Unikam sytuacji, w których można stracić pieniądze:

Zdarza mi się podejmować ryzykowne decyzje finansowe: (I)

Podejmowania ryzyka finansowego sprawia mi przyjemność: (I)

Uważam, że podejmowanie ryzyka finansowego to czysta przyjemność: (I)

Boję się ryzykować w kwestiach finansowych:

FINANSOWA PERSPEKTYWA TEMPORALNA - NASTAWIENIE NA PRZYSZŁOŚĆ; SUMA w SKALI:

Moim zdaniem warto oprzeć się pokusom, by czerpać z pieniędzy większą korzyść w przyszłości:

Jestem w stanie poświęcić swoje chwilowe zadowolenie dla przyszłych korzyści finansowych:

Gdy mam nadwyżki finansowe, odkładam pieniądze na późniejsze czasy:

Odkładanie pieniędzy na przyszłe wydatki sprawia mi przyjemność:

FINANSOWA PERSPEKTYWA TEMPORALNA - NASTAWIENIE NA TERAŹNIEJSZOŚĆ; SUMA w SKALI:

Wszystkie posiadane pieniądze wydaję prawie natychmiast:

Nie układam planów finansowych, żyję z dnia na dzień:

Podejmuję decyzje dotyczące pieniędzy, które mają zaspokoić moje aktualne potrzeby, zakładając, że przyszłość sama się ułoży:

Podejmuję tylko takie decyzje finansowe, które mają natychmiastowe skutki - o przyszłych potrzebach będę myślał(a) później:

REFLEKSYJNOŚĆ DECYZJI FINANSOWYCH; SUMA w SKALI:

Uważam, że należy dokładnie planować wydatki:

Uważam, że spontaniczne wydawanie pieniędzy jest oznaką braku rozsądku:

Zawsze zastanawiam się „dwa razy”, zanim wydam na coś pieniądze:

Gdy mi się coś podoba, kupuję to bez wahania: (I)

Lubię robić zakupy spontanicznie: (I)

Lubię dobrze rozważyć, na co przeznaczyć pieniądze, zanim je wydam:

UMIEJSCOWIENIE KONTROLI FINANSOWEJ; SUMA w SKALI:

Uważam, że tylko szczęściarze mają szansę na sukces w sprawach finansowych:

Podejmuję różne działania, by poprawić swoją sytuację finansową:

Martwi mnie to, że mam taki mały wpływ na swoją sytuację finansową:

Podnoszę swoje kwalifikacje zawodowe, by mieć wyższe zarobki:

Żeby nie wiem jak się starał(a), to i tak nie jestem w stanie poprawić swojej sytuacji finansowej:

Tylko wygrana na loterii może zmienić moją sytuację finansową:

Uważam, że trudno jest odnieść sukces finansowy, jeśli ktoś w tym nie pomoże:

Poczucie, że swojej wiedzy i umiejętnościom zawdzięczam swoją pozycję finansową, jest bardzo przyjemne:

POSTAWY WOBEC ZACHOWAŃ FINANSOWYCH

instrukcja pozostaje taka sama jak w poprzednim zadaniu - nie należy informować badanego o tym, że jest badany innym testem.

KORZYSTANIE z USŁUG FINANSOWYCH; SUMA w SKALI:

Lubię korzystać z usług bankowych:

Uważam, że korzystanie z usług bankowych jest dobrym sposobem zarządzania swoimi pieniędzmi:

Uważam, że korzystanie z usług bankowych jest ważnym elementem dbania o swoje sprawy finansowe:

Uważam, że należy korzystać z usług bankowych:

Moim zdaniem korzystanie z usług bankowych jest pożyteczne:

KORZYSTANIE z PIENIĄDZA BEZGOTÓWKOWEGO; SUMA w SKALI:

Moim zdaniem korzystanie z pieniędzy bezgotówkowego (karty, przelewy, polecenia zapłaty itp.) jest dobrym sposobem zarządzania swoimi pieniędzmi:

Lubię płacić kartą:

Moim zdaniem możliwość płacenia kartą powinna istnieć wszędzie:	
Unikam używania kart kredytowych i/lub płatniczych:	(I)
Boję się korzystać z kart płatniczych:	(I)
Gdyby to ode mnie zależało, odbierał(a)bym wynagrodzenie w gotówce:	(I)
ZACIĄGANIE KREDYTÓW; SUMA w SKALI:	
Uważam, że zaciąganie kredytów jest złe:	
Kredyty mogłyby dla mnie nie istnieć:	
Za bardzo szkoda mi pieniędzy, by zaciągać kredyty:	
Boję się zaciągać kredyty:	
Łatwość zaciągania kredytów, czyni moje życie komfortowym:	(I)
Gdy brakuje mi pieniędzy, zaciągam kredyt w banku:	(I)
OSZCZĘDZANIE; SUMA w SKALI:	
Uważam, że pieniądze należy oszczędzać:	
Sądzę, że oszczędzanie pieniędzy jest niezbędne, by czuć się bezpiecznie:	
Regularnie oszczędzam pieniądze:	
Boję się zostać bez oszczędności:	
Martwię się, gdy nie mam żadnych oszczędności:	
INWESTOWANIE; SUMA w SKALI:	
Lubię mieć zainwestowane pieniądze:	
Uważam, że pieniądze należy oszczędzać:	
Myśl o inwestowaniu pieniędzy sprawia mi przyjemność:	
Uważam, że inwestowanie pieniędzy jest ważnym elementem dbania o swoje sprawy finansowe:	
Moim zdaniem inwestowanie jest dobrym sposobem pomnażania swoich pieniędzy:	
Uważam, że warto szukać sposobów na zainwestowanie pieniędzy:	
UBEZPIECZENIA; SUMA w SKALI:	
Czuję się bezpieczniej, mając wykupione ubezpieczenie:	
Moim zdaniem kupowanie ubezpieczeń to zbędny wydatek:	(I)
Uważam, że każdy człowiek powinien ubezpieczać siebie i/lub swoje mienie:	
Ubezpieczenia mogłyby dla mnie nie istnieć:	(I)
Zawsze mam wykupione jakieś dobrowolne ubezpieczenie dla siebie i/lub swojego mienia:	
Czuł(a)bym niepokój, gdybym nie miał(a) żadnych ubezpieczeń dla siebie i/lub swojego mienia:	
PŁACENIE PODATKÓW; SUMA w SKALI:	
Sądzę, że podatki są po to, by je płacić:	
Czuję się bezpieczniej, mając skrupulatnie zapłacone podatki:	
Nie zdarzyło mi się uchylić od płacenia podatków:	
Uważam, że podatki należy płacić:	
Za bardzo szkoda mi pieniędzy, by skrupulatnie płacić podatki	(I)
Lubię mieć skrupulatnie zapłacone podatki:	

FUNKCJONOWANIE POZNAWCZE

POWTARZANIE CYFR			
WPROST		WSPAK	
4 - 6 - 2	P / NP	1 - 3 - 6	P / NP
1 - 7 - 2 - 5	P / NP	8 - 3 - 4 - 5	P / NP
2 - 3 - 8 - 1 - 9	P / NP	1 - 6 - 8 - 3 - 9	P / NP
7 - 9 - 3 - 2 - 4 - 8	P / NP	5 - 3 - 6 - 9 - 8 - 2	P / NP
2 - 5 - 1 - 9 - 4 - 6 - 8	P / NP	7 - 5 - 3 - 6 - 2 - 9 - 1	P / NP

TEST ŁĄCZENIA PUNKTÓW (TMT)	
CZĘŚĆ A	WYKONANIE: P / NP ; CZAS: s.;
CZĘŚĆ B	WYKONANIE: P / NP ; CZAS: s.;HAMOWANIE AUTOMATYZMÓW: T / N

TEST d2					
WZ:	WZ-B:	GP:	B1:	B2:	%B:

SKLEP – arkusz wybieranych produktów

Na poniższym arkuszu należy wpisać na kolejnych „półkach” sklepu kolejność wybieranych produktów, czas, gdy dany produkt został wzięty z półki i następnie umieszczony w koszyku (wpisać sekundę wzięcia produktu do ręki – liczona od początku zadania) oraz liczbę wybranych produktów (np. 3 bułki). Po lewej stronie proszę wpisywać dane dotyczące pierwszego zadania, po prawej – drugiego.

PÓŁKA 1.






















PÓŁKA 2.













PÓŁKA 3.

PÓŁKA 4.

PÓŁKA 5.

INSTRUKCJA DO NARZĘDZIA „SKLEP”

Przed Panią/Panem znajduje się specjalna makietka, na której leżą zdjęcia produktów wraz z ich cenami. Pani/Pana zadaniem jest dokonanie zakupów wyobrażając sobie, że jest Pan(i) w prawdziwym sklepie. Kiedy uzna Pan(i), że chce wybrać jeden z produktów wystarczy wziąć jego zdjęcie do ręki i wrzucić do koszyka. Jeśli chce Pan(i) kupić kilka sztuk danego produktu, proszę przykleić do niego samoprzylepną karteczkę i napisać na niej, ile sztuk Pani bierze (prezentujemy, jak to zrobić). Jeśli na produkcie podana jest cena za kilogram, proszę również przykleić karteczkę i wpisać na niej wagę towaru, który chce Pan(i) kupić (ponownie prezentujemy, jak to zrobić).

Pani/Pana zadaniem jest dokonanie zakupów, które wystarczą Pani/Panu na tydzień. Na zakupach ma Pani ze sobą 750 złotych – mniej więcej tyle, ile potrzeba na miesięczne zakupy spożywcze. Dobrze byłoby jednak, by nie wydał(a) Pan(i) więcej niż 150 złotych. Proszę zmieścić się w tym limicie finansowym.

Czy wszystko jest dla Pan(i) zrozumiałe? Jeśli tak, to proszę powiedzieć, kiedy będzie Pan(i) chciał(a) zacząć.

Po zakończeniu części 1.:

Świetnie. Teraz poproszę Panią/Pana o to, by zrobić zakupy na tydzień – tym razem zgodnie z listą zakupów (wręczamy listę). Ponownie ma Pan(i) do wykorzystania 750 złotych, jednak, tak samo jak poprzednio, dobrze jest nie wydawać więcej niż 150 złotych. Czy wszystko jest dla Pani/Pana zrozumiałe? Jeśli tak, to gdy będzie Pan(i) gotowa/y, proszę powiedzieć.

Lista produktów:

coś do picia
coś słodkiego
kasza
makaron
mleko
smalec
śmietana
masło
ser
10 jaj
owoce
0,5 kg cebuli
pieczywo
mięso / ryba

ZADANIA FINANSOWE

ROZUMIENIE KONCEPCJI PIENIĄDZA

Czym są pieniądze?

Odp. Badanego:

KLASYFIKACJA WG SĘDZIÓW KOMPETENTNYCH:

ROZUMIENIE WARTOŚCI PIENIĄDZA

PRODUKT	ZAKRES CEN (średnia)	ODPOWIEDŹ BADANEGO
Chleb	2,32 - 4,60 (3,52)	
Dżem truskawkowy Łowicz 280g	2,58 - 4,95 (3,48)	
Czekolada mleczna Wedel 100g	2,25 - 4,29 (2,96)	
Serek wiejski Piątnica naturalny 200g	0,99 - 2,49 (1,90)	
10 jaj	2,98 - 4,99 (3,48)	
Ser żółty Gouda 1kg	10,99 - 18,99 (14,42)	
Mleko Łowickie 1l.	1,98 - 3,39 (2,66)	
Jogurt truskawkowy Jogobella 150g	0,88 - 1,65 (1,13)	
Masło extra kostka 200g	2,45 - 4,35 (3,23)	
Makaron Lubella spaghetti	2,18 - 4,39 (3,34)	
Mąka pszenna poznańska 1kg	1,19 - 3,39 (2,09)	
Cukier biały kryształ 1kg	1,98 - 3,65 (2,60)	
Sól 1kg	0,54 - 1,45 (0,78)	
Banany 1kg	4,35 - 7,99 (5,22)	
Jabłka polskie 1kg	0,99 - 3,29 (2,37)	
Pomarańcze 1kg	2,88 - 6,99 (3,79)	
Herbata Lipton 100 torebek	10,98 - 23,00 (14,58)	
Kawa mielona Tchibo Family 250g	4,73 - 9,45 (6,55)	
Piwo Żywiec puszka 0,5l	2,49 - 3,99 (2,96)	
Kiełbasa Podwawelska 1kg	11,00 - 23,99 (17,36)	
Pasta do zębów Colgate Herbal 125ml	3,97 - 9,99 (5,75)	
Mydło Dove - kostka 100g	2,24 - 3,22 (4,29)	
Domestos do mycia toalet 750ml	4,48 - 12,99 (7,10)	
Kurczak cały 1kg	4,61 - 9,25 (6,68)	
Schab bez kości 1kg	10,86 - 22,21 (14,85)	
Ziemniaki 1kg	0,78 - 3,29 (1,55)	
Pomidory 1kg	2,79 - 9,99 (6,49)	
Papryka czerwona 1kg	8,99 - 24,99 (13,12)	
Pieczarki 1kg	4,48 - 9,98 (7,15)	
Musztarda Kamis 185g	1,54 - 3,80 (2,18)	
Laptop ASUS 16'' ekran, proc. Intel Core 1700 MHz, 4GB RAM, Dysk 1000 GB	1875,00 - 1998,99	
Telewizor LCD Samsung UE40H6400, 40 cali, full HD, Wi-fi	1840,00 - 1999,00	
Telefon Apple iPhone 6S 16GB	2739,00 - 3038,00	
Volkswagen Golf, rocznik 2016, silnik 1,6 TDI, 6-biegowa skrzynia, średnie wyposażenie (Trendline BlueMotion)	86030,00	

SPRAWNOŚĆ RACHUNKOWA

Położę na stole pewną sumę pieniędzy. Proszę powiedzieć, ile w sumie ich jest:

ZADANIE	ODPOWIEDŹ	POPRAWNOŚĆ
2 gr. + 5 gr.		P / N
10 gr. + 1 gr.		P / N
5 zł. + 2 zł. + 50 gr.		P / N
10 zł. + 2 zł. + 20 gr.		P / N
100 zł. + 20 zł. + 1 zł.		P / N

Ma Pan(i) przed sobą pewną sumę pieniędzy. Proszę zapłacić z nich:

ZADANIE	WYBRANE PIENIĄDZE	POPRAWNOŚĆ
2zł. 54 gr.		P / N
13 zł. 67 gr.		P / N
52 zł.		P / N
121 zł. 97 gr.		P / N
181 zł. 2 gr.		P / N

Przed Panią/Panem leżą różne pieniądze. Będę prosił Panią/Pana o to, by zapłacić mi pewną kwotę. Następnie wydam Pani/Panu resztę. Pani/Pana zadaniem jest sprawdzenie, czy pieniądze, które wydam, zgadzają się z tym, co powinna/powinien Pan(i) dostać.

Przed badanym kładziemy nominały: 5 zł., 10 zł., 20 zł. i 50 zł.

ZADANIE	WYDANA RESZTY	ODPOWIEDŹ BADANEGO	POPRAWNOŚĆ
16 zł.	4 zł.	Dobrze wydane/źle wydane	P / N
21 zł.	8 zł.	Dobrze wydane/źle wydane	P / N
7 zł. 98 gr.	3 zł. 2 gr.	Dobrze wydane/źle wydane	P / N
21 zł. 74 gr.	8 zł. 26 gr.	Dobrze wydane/źle wydane	P / N
38 zł. 23 gr.	11 zł. 76 gr.	Dobrze wydane/źle wydane	P / N

Załącznik 2. Arkusz odpowiedzi dla klientów ośrodków pomocy społecznej

NR BADANEGO:

DATA:

DANE DEMOGRAFICZNE		
Płeć:	Wiek:	Wykształcenie:

ZDROWIE PSYCHICZNE i SOMATYCZNE

Czy kiedykolwiek korzystał(a) Pan(i) z leczenia psychiatrycznego? Jeśli tak, to kiedy, z jakiego powodu?

Czy kiedykolwiek był(a) Pan(i) hospitalizowany w szpitalu psychiatrycznym? Ile razy?

Byłem hospitalizowany/a razy.

Czy kiedykolwiek był(a) Pan(i) leczony/y w ramach oddziału dziennego psychiatrycznego (DOP)? Ile razy?

Byłem/em leczony/y w ramach oddziału dziennego psychiatrycznego razy.

Czy kiedykolwiek był(a) Pan(i) leczony/y w ramach Zespołu Leczenia Środowiskowego (ZLS)? Ile razy?

Byłem/em leczony/y w ramach Zespołu Leczenia Środowiskowego razy.

Czy obecnie pobiera Pan(i) jakiekolwiek leki na stałe? Jeśli tak, to jakie? Proszę napisać poniżej.

Czy przechodził(a) Pan(i) kiedykolwiek urazy głowy z utratą przytomności? Proszę zaznaczyć
tak / nie

Czy choruje Pan(i) na jakiekolwiek choroby neurologiczne? Jeśli tak, to na jakie? Proszę opisać poniżej.

Czy choruje Pan (i) na jakiekolwiek choroby przewlekłe? Jeśli tak, to na jakie? Proszę opisać poniżej.

Czy pija Pan(i) alkohol (np. piwo, wódkę, wino)? Jeśli tak, to jak często? Proszę odpowiedzieć poniżej:

Czy pali Pan(i) papierosy? Jeśli tak, to ile sztuk dziennie? Proszę odpowiedzieć poniżej:

Czy kiedykolwiek stosował(a) Pani narkotyki (np. marihuana, amfetamina, kokaina, dopalacze itd.)? Jeśli tak, to proszę napisać poniżej, jakie były

to użytki i kiedy je Pan(i) stosowała?	
SYTUACJA MATERIALNA GOSPODARSTWA DOMOWEGO	
Czy uzyskuje Pan(i) rentę?	
Tak/Nie	
Jaka jest wysokość Pani/Pana renty?	
..... zł.	
Od jak dawna uzyskuje Pan(i) rentę?	
Od lat	
Czy uzyskuje Pan(i) jakikolwiek zasiłek?	Kiedy ostatnio stawał(a)
Tak, uzyskuję zasiłek / Nie, nie uzyskuję zasiłku	Pani na komisji przyznającej rentę?
Jaki jest to rodzaj zasiłku?
.....	
Jaka jest jego wysokość?	Kiedy planowana jest kolejna komisja rentowa?
..... zł.
Od jak dawna uzyskuje Pan(i) zasiłek?	
Od lat.	
Czy kiedykolwiek podejmował(a) Pan(i) pracę zarobkową? Tak/Nie	
Czy obecnie podejmuje Pan(i) jakąkolwiek pracę? Tak/Nie	
Jaką pracę obecnie Pan(i) podejmuje? Proszę wpisać poniżej.	
Ile lat Pan(i) przepracował w swoim życiu? lat.	
Jaki dochód uzyskuje Pan(i) ze swojej obecnej pracy?	
..... zł.	
Proszę określić, w jakim stopniu obawia się Pan(i) komisji w ZUS, jak bardzo boi się, Pan(i) stawać przed komisją orzekającą o przyznaniu renty? 0 oznacza, że w ogóle się Pan(i) jej nie boi, 10 – że jest to maksymalny lęk, jaki można sobie wyobrazić. Proszę zaznaczyć poniżej.	
<p style="text-align: center;">W ogóle 0 --- 1 --- 2 --- 3 --- 4 --- 5 --- 6 --- 7 --- 8 --- 9 --- 10</p> <p style="text-align: center;">Maksymalny lęk</p>	
Ile dorosłych osób, razem z Panią/Panem, mieszka w jednym gospodarstwie domowym?	
Ile dzieci mieszka w Pani/Pana gospodarstwie domowym?	
Ile osób w Pani/Pana gospodarstwie domowym pobiera rentę?	

Ile osób w Pani/Pana gospodarstwie domowym pobiera zasiłki?

Ile osób w Pani/Pana gospodarstwie domowym pobiera emeryturę?

Ile osób w Pani/Pana gospodarstwie domowym pracuje?

Czy w Pani/Pana rodzinie ktoś uzyskuje inne dochody niż te, które opisano powyżej? Jeśli tak, to jakie?

Jaki jest całkowity dochód, który uzyskuje Pan(i) razem ze wszystkimi mieszkańcami Pani/Pana gospodarstwa domowego?

..... zł.

ZAKRES AKTYWNOŚĆ EKONOMICZNEJ
<p>Kto u Pani/Pana w domu robi zakupy? Proszę wybrać jedną odpowiedź poniżej</p> <p>a) ja b) ja i jeszcze jedna osoba c) ja i co najmniej dwie osoby</p> <p>d) ktoś inny - jedna osoba e) ktoś inny - więcej niż jedna osoba</p>
<p>Jak często Pani/Pan robi zakupy? Jakiej są to zakupy?</p>
<p>Ile pieniędzy wydaje Pan(i) miesięcznie na utrzymanie domu, to znaczy:</p> <p>a) na czynsz i media: zł.</p> <p>b) na zakupy dla siebie i domowników:zł.</p> <p>c) na zakupy tylko dla siebie: zł.</p>
<p>Czy robienie codziennych zakupów jest dla Pani/Pana trudnością? Proszę wybrać jedną odpowiedź poniżej</p> <p>a) Nie, nie mam problemów z robieniem zakupów b) Bardzo rzadko są dla mnie trudne</p> <p>c) Czasami mam z nimi trudności d) Bardzo często mam trudności z zakupami</p> <p>e) Zakupy są dla mnie niemożliwe do wykonania</p>
<p>Czy ktoś pomaga, wspiera Panią/Pana w robieniu zakupów? Jeśli tak, to kto i na czym polega ta pomoc?</p>
<p>Kto w Pani/Pana domu płaci rachunki? Czyje pieniądze są wydawane na opłacenie rachunków?</p>
<p>Ile pieniędzy miesięczne w miejscu gdzie Pan(i) mieszka jest wydawanych na rachunki, to znaczy czynsz i media?</p> <p>..... zł.</p>
<p>Jak Pan(i) myśli - jakie zakupy są najistotniejsze, by w domu było wszystko to, co najbardziej potrzebne?</p>

CHARAKTERYSTYKI FUNKCJONOWANIA FINANSOWEGO i POSTAWY WOBEC ZACHOWAŃ FINANSOWYCH
<p>Przed Panią/Panem znajdują się pewne zdania dotyczące zachowań i zwyczajów związanych z pieniędzmi. Proszę ocenić, w jakim stopniu konkretne stwierdzenie do Pani/Pana pasuje.</p> <p>stwierdzenie w ogóle do Pani/Pana nie pasuje - 0 stwierdzenie bardzo słabo do Pani/Pana pasuje - 1 stwierdzenie słabo do Pani/Pana pasuje - 2 stwierdzenie średnio do Pani/Pana pasuje - 3 stwierdzenie mocno do mnie pasuje - 4 stwierdzenie bardzo mocno do mnie pasuje - 5</p> <p>Nie ma tu odpowiedzi dobrych, ani złych - ważne, żeby odpowiadał(a) Pan(i) zgownie ze swoimi przekonaniem.</p>
<p>Moim zdaniem w sprawach finansowych należy unikać ryzyka: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5</p>
<p>Unikam sytuacji, w których można stracić pieniądze: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5</p>
<p>Zdarza mi się podejmować ryzykowne decyzje finansowe: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5</p>
<p>Podejmowania ryzyka finansowego sprawia mi przyjemność: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5</p>
<p>Uważam, że podejmowanie ryzyka finansowego to czysta przyjemność: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5</p>
<p>Boję się ryzykować w kwestiach finansowych: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5</p>
<p>Moim zdaniem warto oprzeć się pokusom, by czerpać z pieniędzy większą korzyść w przyszłości: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5</p>
<p>Jestem w stanie poświęcić swoje chwilowe zadowolenie dla przyszłych korzyści finansowych: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5</p>
<p>Gdy mam nadwyżki finansowe, odkładam pieniądze na późniejsze czasy: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5</p>
<p>Odkładanie pieniędzy na przyszłe wydatki sprawia mi przyjemność: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5</p>
<p>Wszystkie posiadane pieniądze wydaję prawie natychmiast: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5</p>
<p>Nie układam planów finansowych, żyję z dnia na dzień: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5</p>
<p>Podejmuję decyzje dotyczące pieniędzy, które mają zaspokoić moje aktualne potrzeby, zakładając, że przyszłość sama się ułoży: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5</p>
<p>Podejmuję tylko takie decyzje finansowe, które mają natychmiastowe skutki - o przyszłych potrzebach będę myślał(a) później: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5</p>
<p>Uważam, że należy dokładnie planować wydatki: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5</p>
<p>Uważam, że spontaniczne wydawanie pieniędzy jest oznaką braku rozsądku: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5</p>
<p>Zawsze zastanawiam się „dwa razy”, zanim wydam na coś pieniądze: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5</p>
<p>Gdy mi się coś podoba, kupuję to bez wahania: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5</p>
<p>Lubię robić zakupy spontanicznie: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5</p>

Lubię dobrze rozważyć, na co przeznaczyć pieniądze, zanim je wydaję: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
Uważam, że tylko szczęściarze mają szansę na sukces w sprawach finansowych: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
Podejmuję różne działania, by poprawić swoją sytuację finansową: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
Martwi mnie to, że mam taki mały wpływ na swoją sytuację finansową: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
Podnoszę swoje kwalifikacje zawodowe, by mieć wyższe zarobki: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
Żeby nie wiem jak się starał(a), to i tak nie jestem w stanie poprawić swojej sytuacji finansowej: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
Tylko wygrana na loterii może zmienić moją sytuację finansową: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
Uważam, że trudno jest odnieść sukces finansowy, jeśli ktoś w tym nie pomoże: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
Poczucie, że swojej wiedzy i umiejętnościom zawdzięczam swoją pozycję finansową, jest bardzo przyjemne: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5

Lubię korzystać z usług bankowych: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
Uważam, że korzystanie z usług bankowych jest dobrym sposobem zarządzania swoimi pieniędzmi: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
Uważam, że korzystanie z usług bankowych jest ważnym elementem dbania o swoje sprawy finansowe: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
Uważam, że należy korzystać z usług bankowych: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
Moim zdaniem korzystanie z usług bankowych jest pożyteczne: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
Moim zdaniem korzystanie z pieniędzy bezgotówkowego (karty, przelewy, polecenia zapłaty itp.) jest dobrym sposobem zarządzania swoimi pieniędzmi: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
Lubię płacić kartą: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
Moim zdaniem możliwość płacenia kartą powinna istnieć wszędzie: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
Unikam używania kart kredytowych i/lub płatniczych: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
Boję się korzystać z kart płatniczych: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
Gdyby to ode mnie zależało, odbierał(a)bym wynagrodzenie w gotówce: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
Uważam, że zaciąganie kredytów jest złe: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
Kredyty mogłyby dla mnie nie istnieć: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
Za bardzo szkoda mi pieniędzy, by zaciągać kredyty: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
Boję się zaciągać kredyty: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
Łatwość zaciągania kredytów, czyni moje życie komfortowym: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5

Gdy brakuje mi pieniędzy, zaciągam kredyt w banku: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
Uważam, że pieniądze należy oszczędzać: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
Sądzę, że oszczędzanie pieniędzy jest niezbędne, by czuć się bezpiecznie: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
Regularnie oszczędzam pieniądze: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
Boję się zostać bez oszczędności: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
Martwię się, gdy nie mam żadnych oszczędności: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
Lubię mieć zainwestowane pieniądze: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
Uważam, że pieniądze należy oszczędzać: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
Myśl o inwestowaniu pieniędzy sprawia mi przyjemność: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
Uważam, że inwestowanie pieniędzy jest ważnym elementem dbania o swoje sprawy finansowe: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
Moim zdaniem inwestowanie jest dobrym sposobem pomnażania swoich pieniędzy: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
Uważam, że warto szukać sposobów na zainwestowanie pieniędzy: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
Czuję się bezpieczniej, mając wykupione ubezpieczenie: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
Moim zdaniem kupowanie ubezpieczeń to zbędny wydatek: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
Uważam, że każdy człowiek powinien ubezpieczać siebie i/lub swoje mienie: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
Ubezpieczenia mogłyby dla mnie nie istnieć: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
Zawsze mam wykupione jakieś dobrowolne ubezpieczenie dla siebie i/lub swojego mienia: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
Czuł(a)bym niepokój, gdybym nie miał(a) żadnych ubezpieczeń dla siebie i/lub swojego mienia: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
Sądzę, że podatki są po to, by je płacić: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
Czuję się bezpieczniej, mając skrupulatnie zapłacone podatki: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
Nie zdarzyło mi się uchylić od płacenia podatków: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
Uważam, że podatki należy płacić: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
Za bardzo szkoda mi pieniędzy, by skrupulatnie płacić podatki: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5
Lubię mieć skrupulatnie zapłacone podatki: 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5

Poniżej znajdują się nazwy różnych produktów. Proszę oszacować, ile kosztują.

PRODUKT	SZACOWANA CENA
Chleb	zł.
Dżem truskawkowy Łowicz 280g	zł.
Czekolada mleczna Wedel 100g	zł.
Serek wiejski Piątnica naturalny 200g	zł.
10 jaj	zł.
Ser żółty Gouda 1kg	zł.
Mleko Łowickie 1l.	zł.
Jogurt truskawkowy Jogobella 150g	zł.
Masło extra kostka 200g	zł.
Makaron Lubella spaghetti	zł.
Mąka pszenna poznańska 1kg	zł.
Cukier biały kryształ 1kg	zł.
Sól 1kg	zł.
Banany 1kg	zł.
Jabłka polskie 1kg	zł.
Pomarańcze 1kg	zł.
Herbata Lipton 100 torebek	zł.
Kawa mielona Tchibo Family 250g	zł.
Piwo Żywiec puszka 0,5l	zł.
Kiełbasa Podwawelska 1kg	zł.
Pasta do zębów Colgate Herbal 125ml	zł.
Mydło Dove - kostka 100g	zł.
Domestos do mycia toalet 750ml	zł.
Kurczak cały 1kg	zł.
Schab bez kości 1kg	zł.
Ziemniaki 1kg	zł.
Pomidory 1kg	zł.
Papryka czerwona 1kg	zł.
Pieczarki 1kg	zł.
Musztarda Kamis 185g	zł.
Laptop ASUS 16'' ekran, proc. Intel Core i7 1700 MHz, 4GB RAM, Dysk 1000 GB	zł.
Telewizor LCD Samsung UE40H6400, 40 cali, full HD, Wi-fi	zł.
Telefon Apple iPhone 7 16GB	zł.
Volkswagen Golf, rocznik 2018, silnik 1,6 TDI, 6-biegowa skrzynia, średnie wyposażenie (Trendline BlueMotion)	zł.

DZIĘKUJĘ ZA WYPEŁNIENIE ANKIETY

FUNKCJE POZNAWCZE

POWTARZANIE CYFR			
WPROST		WSPAK	
4 - 6 - 2	P / NP	1 - 3 - 6	P / NP
1 - 7 - 2 - 5	P / NP	8 - 3 - 4 - 5	P / NP
2 - 3 - 8 - 1 - 9	P / NP	1 - 6 - 8 - 3 - 9	P / NP
7 - 9 - 3 - 2 - 4 - 8	P / NP	5 - 3 - 6 - 9 - 8 - 2	P / NP
2 - 5 - 1 - 9 - 4 - 6 - 8	P / NP	7 - 5 - 3 - 6 - 2 - 9 - 1	P / NP

TEST ŁĄCZENIA PUNKTÓW (TMT)	
CZĘŚĆ A	WYKONANIE: P / NP ; CZAS: s.;
CZĘŚĆ B	WYKONANIE: P / NP ; CZAS: s.;
	HAMOWANIE AUTOMATYZMÓW: T / N

TEST d2					
WZ:	WZ-B:	GP:	B1:	B2:	%B:

SKLEP – arkusz wybieranych produktów

Na poniższym arkuszu należy wpisać na kolejnych „półkach” sklepu kolejność wybieranych produktów, czas, gdy dany produkt został wzięty z półki i następnie umieszczony w koszyku (wpisać sekundę wzięcia produktu do ręki – liczona od początku zadania) oraz liczbę wybranych produktów (np. 3 bułki). Po lewej stronie proszę wpisywać dane dotyczące pierwszego zadania, po prawej – drugiego.

PÓŁKA 1.






















PÓŁKA 2.













PÓŁKA 3.

PÓŁKA 4.

PÓŁKA 5.

INSTRUKCJA DO NARZĘDZIA „SKLEP”

Przed Panią/Panem znajduje się specjalna makietka, na której leżą zdjęcia produktów wraz z ich cenami. Pani/Pana zadaniem jest dokonanie zakupów wyobrażając sobie, że jest Pan(i) w prawdziwym sklepie. Kiedy uzna Pan(i), że chce wybrać jeden z produktów wystarczy wziąć jego zdjęcie do ręki i wrzucić do koszyka. Jeśli chce Pan(i) kupić kilka sztuk danego produktu, proszę przykleić do niego samoprzylepną karteczkę i napisać na niej, ile sztuk Pani bierze (prezentujemy, jak to zrobić). Jeśli na produkcie podana jest cena za kilogram, proszę również przykleić karteczkę i wpisać na niej wagę towaru, który chce Pan(i) kupić (ponownie prezentujemy, jak to zrobić).

Pani/Pana zadaniem jest dokonanie zakupów, które wystarczą Pani/Panu na tydzień. Na zakupach ma Pani ze sobą 750 złotych – mniej więcej tyle, ile potrzeba na miesięczne zakupy spożywcze. Dobrze byłoby jednak, by nie wydał(a) Pan(i) więcej niż 150 złotych. Proszę zmieścić się w tym limicie finansowym.

Czy wszystko jest dla Pan(i) zrozumiałe? Jeśli tak, to proszę powiedzieć, kiedy będzie Pan(i) chciał(a) zacząć.

Po zakończeniu części 1.:

Świetnie. Teraz poproszę Panią/Pana o to, by zrobić zakupy na tydzień – tym razem zgodnie z listą zakupów (wręczamy listę). Ponownie ma Pan(i) do wykorzystania 750 złotych, jednak, tak samo jak poprzednio, dobrze jest nie wydawać więcej niż 150 złotych. Czy wszystko jest dla Pani/Pana zrozumiałe? Jeśli tak, to gdy będzie Pan(i) gotowa/y, proszę powiedzieć.

Lista produktów:

coś do picia
coś słodkiego
kasza
makaron
mleko
smalec
śmietana
masło
ser
10 jaj
owoce
0,5 kg cebuli
pieczywo
mięso / ryba

ROZUMIENIE KONCEPCJI PIENIĄDZA

Czym są pieniądze?

Odp. Badanego:

KLASYFIKACJA WG SĘDZIÓW KOMPETENTNYCH:

SPRAWNOŚĆ RACHUNKOWA

Położę na stole pewną sumę pieniędzy. Proszę powiedzieć, ile w sumie ich jest:

ZADANIE	ODPOWIEDŹ	POPRAWNOŚĆ
2 gr. + 5 gr.		P / N
10 gr. + 1 gr.		P / N
5 zł. + 2 zł. + 50 gr.		P / N
10 zł. + 2 zł. + 20 gr.		P / N
100 zł. + 20 zł. + 1 zł.		P / N

Ma Pan(i) przed sobą pewną sumę pieniędzy. Proszę zapłacić z nich:

ZADANIE	WYBRANE PIENIĄDZE	POPRAWNOŚĆ
2zł. 54 gr.		P / N
13 zł. 67 gr.		P / N
52 zł.		P / N
121 zł. 97 gr.		P / N
181 zł. 2 gr.		P / N

Przed Panią/Panem leżą różne pieniądze. Będę prosił Panią/Pana o to, by zapłacić mi pewną kwotę. Następnie wydam Pani/Panu resztę. Pani/Pana zadaniem jest sprawdzenie, czy pieniądze, które wydam, zgadzają się z tym, co powinna/powinien Pan(i) dostać.

Przed badanym kładziemy nominały: 5 zł., 10 zł., 20 zł. i 50 zł.

ZADANIE	WYDANA RESZTY	ODPOWIEDŹ BADANEGO	POPRAWNOŚĆ
16 zł.	4 zł.	Dobrze wydane/źle wydane	P / N
21 zł.	8 zł.	Dobrze wydane/źle wydane	P / N
7 zł. 98 gr.	3 zł. 2 gr.	Dobrze wydane/źle wydane	P / N
21 zł. 74 gr.	8 zł. 26 gr.	Dobrze wydane/źle wydane	P / N
38 zł. 23 gr.	11 zł. 76 gr.	Dobrze wydane/źle wydane	P / N

Załącznik 3 Clinican Rated Dimensions of Psychosis (CRDP) – tłumaczenie własne

Kliniczna Ocena Nasilenia Objawów Psychotycznych

Instrukcja: Opierając się na wszystkich informacjach, które posiadasz o pacjencie oraz dokonując własnej oceny klinicznej, określ proszę (zaznaczając poniżej) obecność i nasilenie objawów, których doświadczył badany w przeciągu ostatnich siedmiu (7) dni.

Obszary	0	1	2	3	4
I. Omamy	<input type="checkbox"/> Nieobecne	<input type="checkbox"/> Niepewne (nasilenie i długość występowania niewystarczające, by rozważać psychozę)	<input type="checkbox"/> Obecne, ale łagodne (mały nacisk, by ulegać głosom, głosy nie są mocno niepokojące)	<input type="checkbox"/> Obecne i umiarkowane (pewien nacisk, by reagować na głosy lub w jakiś sposób niepokojony głosami)	<input type="checkbox"/> Obecne i silne (silny nacisk, by reagować na głosy lub silnie niepokojony głosami)
II. Urojenia	<input type="checkbox"/> Nieobecne	<input type="checkbox"/> Niepewne (nasilenie i długość występowania niewystarczające, by rozważać psychozę)	<input type="checkbox"/> Obecne, ale łagodne (mały nacisk, by ulegać przekonaniom urojeniowym, urojenia nie są mocno przeszkadzające)	<input type="checkbox"/> Obecne i umiarkowane (pewien nacisk, by ulegać przekonaniom urojeniowym, w jakiś sposób jest niepokojony urojeniami)	<input type="checkbox"/> Obecne i silne (silny nacisk, by ulegać przekonaniom urojeniowym, silnie niepokojony urojeniami)
III. Zdezorganizowana mowa / tok myślenia	<input type="checkbox"/> Nieobecna	<input type="checkbox"/> Niepewna (nasilenie i długość występowania niewystarczające, by uznać za zdezorganizowane)	<input type="checkbox"/> Obecna, ale łagodna (pewne trudności w podążaniu za mową)	<input type="checkbox"/> Obecna i umiarkowana (częste trudności w podążaniu za mową)	<input type="checkbox"/> Obecna i silna (niemal niemożliwe jest podążanie za mową)
IV. Anormalne zachowania psychomotoryczne	<input type="checkbox"/> Nieobecne	<input type="checkbox"/> Niepewne (nasilenie i długość występowania niewystarczające, by uznać jako anormalne zachowania psychomotoryczne)	<input type="checkbox"/> Obecne, ale łagodne (sporadyczne anormalne lub dziwaczne zachowania motoryczne lub katatonia)	<input type="checkbox"/> Obecne i umiarkowane (częste anormalne lub dziwaczne zachowania motoryczne, lub katatonia)	<input type="checkbox"/> Obecne i silne (anormalne lub dziwaczne zachowania motoryczne, lub katatonia niemal stale obecne)
V. Objawy negatywne (ograniczona ekspresja emocjonalna i awolacja)	<input type="checkbox"/> Nieobecne	<input type="checkbox"/> Niepewne osłabienie ekspresji mimicznej, prozodii, gestów, samodzielnego inicjowania zachowań	<input type="checkbox"/> Obecne, ale łagodne osłabienie ekspresji mimicznej, prozodii, gestów, samodzielnego inicjowania zachowań	<input type="checkbox"/> Obecne i umiarkowane osłabienie ekspresji mimicznej, prozodii, gestów, samodzielnego inicjowania zachowań	<input type="checkbox"/> Obecne i silne osłabienie ekspresji mimicznej, prozodii, gestów, samodzielnego inicjowania zachowań
VI. Zaburzenia poznawcze	<input type="checkbox"/> Nieobecne	<input type="checkbox"/> Niepewne (funkcjonowanie poznawcze nie jest wyraźnie poza normą oczekiwaną dla wieku, statusu społecznego; np. 0,5 SD od średniej)	<input type="checkbox"/> Obecne, ale łagodne (pewne ograniczenie w funkcjonowaniu poznawczym, poniżej normy oczekiwanej dla wieku, statusu społecznego, 0,5-1 SD od średniej)	<input type="checkbox"/> Obecne i umiarkowane (wyraźne ograniczenia w funkcjonowaniu poznawczym, poniżej normy oczekiwanej dla wieku, statusu społecznego, 1-2 SD od średniej)	<input type="checkbox"/> Obecne i silne (silne ograniczenia w funkcjonowaniu poznawczym, poniżej normy oczekiwanej dla wieku, statusu społecznego, >2 SD od średniej)
VII. Depresja	<input type="checkbox"/> Nieobecna	<input type="checkbox"/> Niepewna (sporadycznie czuje się smutny, zdołowany, przygnębiony, beznadziejny; zaniepokojony zawiedzeniem kogoś, niepowodzeniem w czymś, ale nie jest tym zaabsorbowany)	<input type="checkbox"/> Obecna, ale łagodna (częste epizody bycia bardzo smutnym, zdołowanym, nieco przygnębionym, beznadziejnym; zaniepokojony zawiedzeniem kogoś, niepowodzeniem w czymś, z pewnym zaabsorbowaniem)	<input type="checkbox"/> Obecna i umiarkowana (częste okresy głębokiego przygnębienia, poczucia beznadziejności; zaabsorbowanie poczuciem winy, tym, że zrobiło się coś złego)	<input type="checkbox"/> Obecna i silna (głębokie przygnębienie i poczucie beznadziejności codziennie; urojenia winy lub nieracjonalne samooskarżenia rażąco nieprzystające do sytuacji)
VIII. Mania	<input type="checkbox"/> Nieobecna	<input type="checkbox"/> Niepewna (sporadycznie podniecony, ekspansywny, poirytowany lub niespokojny)	<input type="checkbox"/> Obecna, ale łagodna (częste okresy podniecenia, ekspansywności, poirytowania lub niepokoju)	<input type="checkbox"/> Obecna i umiarkowana (częste okresy nasilonego podniecenia, ekspansywności, poirytowania lub niepokoju)	<input type="checkbox"/> Obecna i silna (codzienne i nasilone podniecenie, ekspansywność, poirytowanie lub niepokój)

Załącznik 4. Częstość wyboru produktów wśród chorujących i w grupie kontrolnej

Produkt	Chorujący	Gr. kontrolna	Produkt	Chorujący	Gr. kontrolna
Masło Extra 200 g.	16	19	Mlekołaki Śniadaniowe 250 g.	2	6
Bułka Polska	16	14	Ryż do Risotto Kupiec 400 g.	2	2
Chleb Pszenno-Żytni 500g.	16	21	Ryż Ekologiczny Basmati 500 g.	2	0
Kurczak	14	22	Mąka Pszenna Value 1 kg	2	9
Czekolada Mleczna Milka 100 g.	12	10	Smalec Wyborowy 200g.	2	7
Cukier Biały 1 kg.	12	16	Smalec SmakMak 200g.	2	5
Schab Wieprzowy bez Kości 360g.	12	10	Śmietana Value 18% 200g.	2	5
Kawa Tchibo Family Rozpuszczalna 100 g.	11	13	Jogurt Activia Brzoskwinia 195g.	2	4
Mleko 1,5% 500 ml	11	22	Ser Emmentaler Finest 195g.	2	0
10 jaj M	11	22	Indyk Filet	2	6
Ser Salami Mlekpól 100g.	11	10	Wołowina Stek z Rostbefu	2	0
Olej Kujawski 1 l.	10	11	Szynka Wieprzowa	2	6
Coca-Cola 2 l.	9	6	Frosta Krewetki Tygrysie 220g.	2	0
Polski Cukier Biały 1kg	9	7	Piwo Lech	1	2
Zimne Mleko 3,2% 1 l.	9	6	Wino Special Cherry	1	1
Cebula	9	13	Papierosy Mocne	1	0
Jabłka Polskie Jonagold	9	15	Papierosy Davidoff	1	0
Papierosy Chesterfield	8	6	Drops Value Truskawkowe 100 g.	1	3
Woda Mineralna Polanicka 0,5 l.	8	21	Biszkopty z Galaretką Pomarańczową 130 g.	1	9
Makaron Lubella Wstążki 500 g.	8	19	Milka Choco Biscuit 150 g.	1	5
Jogurt Value Owoce Leśne 125 g.	8	14	Milka Pieguski 135 g.	1	4
Ser Serenada Radamer 135g.	8	14	Kasza Jęczmienna Value 500 g.	1	6
Herbata Minutka Malinowa 20 torebek	7	12	Prezydent Masło Ekstra 200 g.	1	0
Woda Mineralna Nałęczowianka 0,5 l.	6	5	Śmietana Mlekovita 18% 200 g.	1	3
Herbata Czarna Tetley Intensive 25 torebek	6	11	Danone Activia Błonnik Plus 172g.	1	0
Kasza Gryczana Melvit 400g.	6	10	10 jaj z wolnego wybiegu	1	0
Olej Słonecznikowy 1 l.	6	8	Cukinia	1	3
Sok Pomarańczowy Value 1 l.	5	11	Pieczywo Chrupkie Wasa Sport 275g.	1	0

Kontynuacja tabeli z poprzedniej strony

Czekolada Mleczna Value 100 g.	5	11	Filet z Łososia	1	1
Ryż Value 400g.	5	13	Wódka Finlandia	0	0
Śmietana Piątnica 18% 200 g.	5	9	Wódka Sobieski	0	0
Wieprzowina	5	6	Wódka Żytnia	0	0
Makaron Value Kolanka 500 g.	4	11	Piwo Książ	0	2
Smalec z Mięsem Pamapol 250g.	4	3	Piwo Guinness	0	0
Masło Mlekovita 200g.	4	5	Wino Czerwone Carlo Rossi 0,5 l.	0	0
Pomarańcze	4	12	Wino Czerwone Gigondas 0,5 l.	0	0
Kawa Mielona Value 150 g.	3	10	Woda Mineralna Evian 0,5 l.	0	0
Cola Value 2 l.	3	7	Herbata Finest Aromatyzowana 15 tor.	0	0
Hoop Cola 2 l.	3	1	M&M's 90 g.	0	2
Sok Pomarańczowy Fortuna 1 l.	3	3	Milky Way Magic Stars 117 g.	0	0
Baton 3bit 46 g.	3	0	Baton Milky Way 22 g.	0	1
Musli Nestle Tropical 350 g.	3	4	Czekolada Mleczna Lindt 100 g.	0	0
Mąka Luksusowa Lubella 1 kg	3	5	Kuleczki Kakaowe Śniadaniowe 250 g.	0	3
Kozie Mleko UHT 500 ml	3	0	Cukier Trzcinowy 1 kg	0	0
10 jaj L	3	5	Makaron Finest Fusilli Lunghi 500 g.	0	0
Papryka Czerwona	3	6	Kasza Bulgur 300 g.	0	0
Winogrona Różowe	3	8	Mąka Bezglutenowa do Wypieku Chleba 1 kg	0	0
Kaczka Filet	3	0	Olej Kujawski 3 Ziarna 750 ml	0	1
Wołowina Rozbratel Sokołów	3	0	Oliwa 500 ml	0	0
Dorsz	3	5	Oliwa Monini Neutrale 500 ml	0	0
Dallmayr Gold Kawa Rozpuszczalna 100 g.	2	1	Oliwa Interoleo Extra Virgin 500 ml	0	0
Sok Pomarańczowy Dr Witt 1 l.	2	2	Wołowina Antrykot	0	0
Baton Snickers Trio 113 g.	2	3			